Nr. 8. 24. lutego 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Anastazy LANDAU i Jerzy GLASS. Warszawa.

Spostrzeżenia nad powstawaniem i leczeniem wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy.

Doniesienie I.

O znaczeniu obniżonego ciśnienia tętniczego (hypotensji) w powstawaniu i rozpoznawaniu wrzodu przyodźwiernikowego.

Z I oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. Anastazy Landau.

I.

Zagadnienie patogenezy wrzodu żołądka, dotąd jeszcze nie rozstrzygnięte jest ciągle jeszcze polem niezliczonych koncepcyj, hipotez i poglądów. Z roku na rok mnożą się badania doświadczalne, spostrzeżenia kliniczne, studja anatomo-patologiczne, bakterjologiczne i fizyko-chemiczne, przenoszące punkt ciężkości tego zagadnienia na coraz to nowe płaszczyzny.

Wśród tej powodzi faktów i spostrzeżeń jedno staje się coraz bardziej pewnem, a mianowicie, że sprawy tej nie można w żaden sposób rozważać z jednego puktu widzenia. To też coraz bardziej ugruntowuje się pogląd, że zagadnienie to da się rozwiązać jedynie w sposób kompromisowy, eklektyczny. Żadna teorja nie jest w stanie wytłumaczyć sama przez się wszystkich własności wrzodu, jego sposobu powstawania, umiejscowienia, okresowości, dziedziczności, przejścia we wrzód przewlekły i t. d.

To też w pracach nowszych niektórzy badacze, jak v. Bergmann, v. Redwitz, starają się uzgodnić szereg poglądów na pozór sprzecznych i zagadnienie to rozwiązać w sposób kompromisowy.

Mechanizm powstawania pierwotnego ubytku wrzodowego, jak to wynika z niezliczonych spostrzeżeń klinicznych, anatomicznych i badań doświadczalnych, może być wieloraki. Staje się to zrozumiałem, o ile wziąć pod uwagę, że odczyn ustroju jest zwykle bardziej jednostajny, aniżeli podnieta, która go wywołuje. Bodźce chorobotwórcze mogą być różne, cieplne lub mechaniczne, toksyczne lub bakteryjne, a odczyn ustroju gorączkowy lub zapalny jest mniej więcej jednakowy. Ta własność odczynu ustrojowego tłumaczy dostatecznie, dlaczego mechanizm powstawania wrzodu może być wielopostaciowy.

W ramach niniejszego artykułu nie sposób jest nawet wymienić wszystkich spostrzeżeń i badań doświadczalnych, tyczących się patogenezy wrzodu żołądka. Ograniczymy się jedynie do najważniejszych danych.

Wrzód żołądka prosty, będący według określenia v. Redwitza martwicą kompleksu komórek w obrębie ściany żołądka, rozwija się, jak to wynika z klasycznych badań Hausera i Payra, najczęściej jako typowy zawał krwotoczny. Stąd cały szereg teoryj, uzasadniających naczyniowy mechanizm powstawania wrzodu.

A więc zatory septyczne, bakteryjne, tłuszczowe, zakrzepy zakaźne, zmiany miażdżycowe i kiłowe tętnic żołądkowych, zwyrodnienie skrobiowate ścianki tętniczej (Kyber, Hauser), ucisk naczyń przez naciek nowotworowy lub zapalny, przewężenie ortostatyczne naczyń zależne od opuszczenia żołądka (Strauss, Krempelhuber), wreszcie zastój żylny — wszystkie te zboczenia anatomiczne przyczynić się mogą do wytworzenia zawału, którego dalszą ewolucją będzie ubytek wrzodowy.

Do zawału prowadzić mogą nietylko trwałe zmiany anatomiczne ale i czynnościowe: tu należy wymienić teorję zmian naczyniowo-ruchowych Harta, teorję skurczu miejscowego tętnic żołądkowych (angiospazmu) Benekego, v. Bergmanna i Westphala, i pogląd Talmy i v. Yzerena co do możliwości zaciśniętych drobnych tętniczek przez skurcz warstwy mięśniowej żołądka.

Obok koncepcji naczyniowej powstaje teorja zapalna o nieżytowem pochodzeniu wrzodu żołądka. Od czasów Korczyńskiego, Jaworskiego i Matthieu zwracano uwagę na związek, jaki zachodzi między nieżytem a wrzodem żołądka. Nauwerck tworzy pojęcie t. zw. *gastritis ulcerosa chronica*. Teorja nieżytowa podtrzymywana jest obecnie głównie przez Konjetznego, który we wszystkich przypadkach wrzodu stwierdza mikroskopowo nacieki zapalne dookoła ogniska wrzodowego. Łącznie z teorją nieżytową wymienić tu należy koncepcję Zaorskiego, który przyjmuje, że pod wpływem długotrwałego, przewlekłego nieżytu błony śluzowej żołądka powstają zmiany w samej ścianie żołądka i w jej zwojach nerwowych, i dzięki tym zmianom każde następcze przypadkowe zranienie śluzówki, pod wpływem siły trawiennej soku żołądkowego, dać może ubytek wrzodowy. Nie jest jednak rzeczą ostatecznie ustaloną, czy zmiany nieżytowe są pochodzenia pierwotnego, czy też tylko zjawiskiem dodatkowem, które wpływa ujemnie na gojenie się ubytku wrzodowego.

Trzecią teorją, która obecnie zdobywa sobie coraz więcej zwolenników, jest t. zw. teorja zakaźna, bakteryjna, wysunięta ostatnio przez szkołę amerykańską. Zgodnie z poglądami Rosenowa, Roberta, Dudgeona i Sergenta, Helmholtza i innych, — wrzód żołądka ma powstawać drogą przerzutu zakaźnego, bakteryjnego, którego źródłem są ogniska zakaźne w ustroju, przeważnie utajone (zęby, migdałki i t. d.).

Nowsze badania autorów francuskich (Moutier, Duval, J. Ch. Roux) nie potwierdzają naogół tych poglądów, świadczą natomiast o donioslości czynnika zakaźngo w dalszej ewolucji ubytku wrzodowego, w powstawaniu wrzodu przewlekłego i w jego nasilaniu się okresowem.

Dwie najstarsze teorje patogenetyczne wrzodu żołądka: teorja trawienna z jednej, a mechaniczno-czynnościowa Aschoffa z drugiej strony, — tłumaczą nie tyle powstawanie pierwotnej martwicy wrzodowej, ile jej przebieg przewlekły oraz tendencję do stałego postępowania sprawy chorobowej.

Ostatnią teorją wrzodu żołądka jest teorja konstytucjonalna. I tak, P. F. Müller tłumaczy pierwotną martwicę wrzodową dystopsją zespołu komórkowego, który następczo ulega autolizie. Niektórzy autorzy duńscy, a u nas Dąbrowska, przyjmują, że wrzód żołądka rozwija się w miejscach wysepek nabłonka jelitowego, które są albo pozostałością rozwojową albo powstały skutkiem metaplazji. Stoerck i Bartel, stwierdzając częstsze występowanie wrzodu u t. zw. limfatyków, przywiązują dużą wagę do *„état mamelonné"* błony śluzowej żołądka.

J. Bauer, na zasadzie badań swego współpracownika Spiegla, który na dużym materjale statystycznym stwierdził u chorych wrzodowych czterokrotnie częstszą niż u osobników zdrowych antecedencję schorzeń żołądkowo-jelitowych, uważa, że w patogenezie wrzodu odgrywa dużą rolę wrodzona mniejsza wartościowość tkanki żołądkowej. Czernecki wypowiada się za dziedzicznem obarczeniem wrzodowem, opisując 5 członków jednej rodziny, wszystkich z wrzodem okrągłym. Wreszcie upatruje moment konstytucjonalny w miejscowych zboczeniach wydzielniczych i ruchowych żołądka oraz w nadmiernej pobudliwości naczynioworuchowej całego ustroju.

Dalej, rozważając zagadnienie patogenezy wrzodowej, zwrócono uwagę na częstsze współistnienie wrzodu żołądka z innemi schorzeniami jamy brzusznej, jak zapaleniem wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego i t. d. Róbin wprowadza wskutek tego pojęcie t. zw. skazy trawiennej, *„diathesis digestiva"*. Autorzy amerykańscy (Moynihan, Rassle, Wilkis), a z francuskich Enriquez, dopatrują się w tem istnienia związku przyczynowego i przyjmują następowe wytwarzanie się ubytku wrzodowego wskutek zakażenia bakteryjnego, przeniesionego na żołądek drogą naczyń chłonnych z innych narządów jamy brzusznej.

Z innych teoryj patogenetycznych gwoli ścisłości wymienić musimy poglądy Jakscha, Arloinga, Mariano da Costa i Mathisa, uzależniające wytwarzanie się wrzodu od zakażenia kiłowego lub gruźliczego.

Ze wszystkich teoryj wyżej wymienionych żadna z osobna nie jest w stanie wytłumaczyć całkowitego mechanizmu powstawania ubytku wrzodowego. To też słusznie twierdzi Bauer, że każda z tych możliwości dopiero przy dodatkowem współistnieniu innych jeszcze warunków prowadzi do wytworzenia ubytku wrzodowego i że dopiero pewna konstelacja czynników ustrojowych i przypadkowych, konstytucjonalnych i kondycjonalnych umożliwia wybuch choroby.

Omawiając przyczyny powstawania wrzodu żołądka, celowo pominęliśmy dotychczas znaczenie, które w zagadnieniu tem posiada układ roślinny. Obecnie przytoczymy najważniejsze fakty doświadczalne i spostrzeżenia kliniczne, które świadczą o doniosłości momentu nerwowego w patogenezie i etjologji wrzodu żołądka lub dwunastnicy.

Choć już i dawniej niektórzy autorzy, jak Gilles de la Tourette, Plönies i t. d. zwracali uwagę na zaburzenia w układzie nerwu błędnego i współczulnego w przebiegu wrzodu żołądka, to jednak dopiero szkole Bergmanna przypisać należy zasługę szerszego uwzględnienia tego czynnika w patogenezie wrzodu i zbudowania teorji, która zrobiła wyłom w dotychczasowym sposobie myślenia. Jeżeli jeszcze względnie niedawno przeciwstawiano sobie dwa rodzaje schorzeń żołądka, z jednej strony zaburzenia czynnościowe (nerwice wydzielnicze, ruchowe i czuciowe), z drugiej zaś strony cierpienia organiczne (wrzód i nieżyt żołądka), to zasługą szkoły Bergmanna jest wykazanie ścisłych więzów, łączących zaburzenia czynnościowe ze zmianami anatomicznemi i wprowadzenie do patologji wrzodowej rozumowania nowoczesnego, wychodzącego z założeń patologji czynnościowej.

Poglądy Bergmanna opierają się z jednej strony na spostrzeżeniach klinicznych, z drugiej — na faktach doświadczalnych. Cały szereg starszych doświadczeń (Schiffa, Pomorskiego, Brown-Sequarda) pozwolił wykazać, że drogą uszkodzenia wyższych ośrodków nerwowych, zwojów podstawowych i t. d. można wywołać bądź wylewy krwawe, bądź owrzodzenia w ścianie żołądka.

Prace nowoczesne ciągle jeszcze powtarzane i modyfikowane przez rozmaitych badaczy (Westphala, Hayaschi Nakaschimo, Talma, v. Yjzeren, Marchetti, Lichtenbelt, Gundelfinger, Kobayaschi i t. d.), polegające na przecięciu, podwiązaniu lub drażnieniu nerwu błędnego prądem elektrycznym, bądź na usunięciu splotu słonecznego lub zwoju trzewnego, na działaniu miejscowem adrenaliny, na zastrzykiwaniach pilokarpiny, muskaryny i pikrotoksyny, wykazały, że tą drogą można doświadczalnie u zwierząt wytworzyć nadżerki lub małe wrzody w ścianie żołądka.

Z drugiej strony spostrzeżenia kliniczne pozwoliły dorzucić także cały szereg faktów; częstość występowania wrzodu we wiądzie rdzenia (Full i v. Friedrich, Haudek, Schwarzmann), obecność nadżerek żołądkowych w przebiegu różnych organicznych cierpień nerwowych (Hart), przypadki Potaina i Singera, dotyczące ucisku nerwu błędnego przez pakiety gruczołowe z wtórnemi zmianami w ścianie żołądka i t. d. — wszystko to świadczyło o istnieniu wrzodu nerwopochodnego.

To też, według Bergmanna, ubytek wrzodowy wytworzyć się może drogą zmian w krążeniu, spowodowanych zaburzeniami nerwowemi. Tą drogą powstaje skurcz organiczny tętnic żołądkowych, który staje się przyczyną zawału w ścianie żołądka. Zawały te z kolei są podłożem do dalszej ewolucji procesu wrzodowego. Do powstawania skurczów naczyniowych w ścianie żołądka, wg. Bergmanna, przyczynia się w znacznym stopniu ogólne nadciśnienie tętnicze, którego charakterystyczną cechą są właśnie owe przełomy naczyniowe, występujące w różnych narządach.

Stanowi to jakby pierwszą część nauki Bergmanna o wrzodzie żołądka i świadczy o możliwości istnienia momentu nerwowego w jego patogenezie. Druga część jego teorji uwzględnia czynnik konstytucjonalny i obraca się koło zagadnienia, dlaczego owe skurcze naczyniowe, w ścianie żołądka będące pierwszym etapem w rozwoju wrzodu, powstać mogą tylko u niektórych osobników.

Według Bergmanna i Westphala, wśród ludzi, dotkniętych procesem wrzodowym, a zwłaszcza u osobników młodych, daje się stwierdzić w przeważającej liczbie przypadków cały szereg objawów, świadczących o pewnej dysharmonji układu roślinnego. Są to t. zw. „piętna roślinne" i mają one znaczenie momentu konstytucjonalnego w powstawaniu wrzodu. Wymienić tu należy: bladość lub zaczerwienienie twarzy, zależne od gry nerwów naczyniowo-ruchowych, szerokie szpary oczne, wytrzeszcz i szczególny połysk gałek ocznych, ślinotok i pocenie się nadmierne, zimne i wilgotne kończyny, dermografizm, zniesienie lub osłabienie odruchów gardłowych, zwolnienie lub przyśpieszenie tętna, drżenie rąk, pobudliwość psychiczną, zaburzenia wydzielnicze lub ruchowe żołądka, skłonność do biegunek lub zaparć stolca i t. d.

Wśród ludzi takich spotyka się często zaburzenia naczyniowo-ruchowe, skłonność do choroby Basedowa, tężyczki, dychawicy oskrzelowej, kolki śluzowej kiszkowej, zastoinowego pęcherzyka żółciowego i t. d.

Skłonność do wrzodu żołądka nie polega ściśle na stanie wagotonji, jak przyjmuje Holler, ani sympatikotonji, jak chce tego Friedmann, myśleć tu raczej należy o zaburzeniu równowagi i o chwiejności (dyssynergji) całego układu roślinnego, o stanie neurotonji (Guillaume), w którym jednak przeważają objawy wzmożonego napięcia nerwu błędnego, jak to stwierdzili Petren i Thorling przy pomocy odczynów farmakologicznych. Ten sam stan, który jest źródłem nerwic żołądka, procesu czynnościowego, jest również podłożem wrzodu, schorzenia ściśle anatomicznego. Zgadza się to z faktami klinicznemi, z których wynika, że często u ludzi, którzy poprzednio mieli jedynie do czynienia z zaburzeniami czynnościowemi żołądka, wytwarza się z biegiem czasu proces wrzodowy. Tak więc, według teorji Bergmanna, do powstawania wrzodu żołądka są szczególnie skłonni osobnicy „napiętnowani" pierwotną chwiejnością układu roślinnego, która, powodując zaburzenia naczyniowo-ruchowe o charakterze skurczowym w tętnicach żołądkowych, prowadzi do zawału. Zawał ten, wskutek szczególnych warunków w jakich znajduje się ściana żołądka, prowadzi wprost do wytworzenia się ubytku tkankowego, a więc wrzodu. Teorja ta, której największą zasługą jest oparcie patogenezy wrzodu o zaburzenia czynnościowe, ma dużo punktów słabych i sama przez się nie jest w stanie wytłumaczyć w sposób dostateczny ani umiejscowienia wrzodu, ani jego tendencji do przewlekłości, nie wyjaśnia ona również jego okresowości i nie da się zastosować do wszystkich chorych na wrzód żołądka, jak to wynika z badań Jatrou i Winkelsteina.

Nie tłumaczy ona również, dlaczego nie u wszystkich ludzi z chwiejną równowagą układu roślinnego tworzy się ubytek wrzodowy. Nie jest wreszcie jeszcze sprawą bezwzględnie dowiedzioną, że zaburzenia układu roślinnego, o jakich tu mowa, są zawsze momentem pierwotnym, a nie następczym, jak to przypuszcza Bocca i Guillaume.

To też i Bergmann, zdając sobie sprawę z licznych trudności, dąży obecnie do wytworzenia teorji eklektycznej, uwzględniającej po za układem roślinnym jeszcze inne przyczyny. Jedynie bowiem skojarzenie całego szeregu warunków i przyczyn, jak to już zaznaczyliśmy wyżej, zdoła w przybliżeniu rozwikłać zagadnienie wrzodu żołądka. Pierwszem ogniwem, które spaja łańcuch przyczyn powstawania wrzodu, jest czynnik konstytucjonalny — usposobienie. Polega ono zapewne z jednej strony na dziedzicznie zmniejszonej wartościowości ściany żołądka (Bauer), z drugiej zaś strony — na wrodzonej chwiejnej równowadze roślinnej w najszerszem tego słowa znaczeniu; mamy tu na myśli zarówno wadliwe zespolenie (dyssynergję) układu nerwowego autonomicznego, jak i nieprawidłową czynność gruczołów wydzielania wewnętrznego, czemu, jak to wynika z najnowszych badań, towarzyszą zaburzenia w rozmieszczeniu elektrolitów w osoczu i przesunięcia w równowadze kwasowo-zasadowej (Kaufman, Alkan, Winkelstein, Balint, Gatewood). Zmniejszona odporność ściany żołądkowej i zaburzenia układu roślinnego mogą być nietylko wrodzone ale i nabyte. Jako momenty przyczynowe wchodzą tu w grę urazy jednorazowe lub przewlekłe, czynniki toksyczne zewnątrzustrojowe (alkohol, kofeina, nikotyna) lub wewnątrzustrojowe (mocznica, oparzenia rozległe skóry) i t. d.

Trzecim warunkiem nieodzownym są zmiany naczyniowe, które mogą być nie tylko trwałe anatomiczne, ale również i czynnościowe, jako produkt chwiejnej równowagi roślinnej. O zmianach tych obszernie pisaliśmy powyżej. Istnieje jednak jeszcze jeden czynnik naczyniowy, jak to później wskażemy, który nie był dotychczas zupełnie brany w rachubę w patogenezie ubytku wrzodowego.

Zsumowanie się wymienionych tu trzech przyczyn (wrodzonej lub nabytej zmniejszonej odporności ściany żołądkowej, zaburzeń równowagi roślinnej i czynnika naczyniowego) — prowadzi do powstania pierwotnej martwicy błony śluzowej żołądka. Prawdopodobnie jednak składnik nieżytowy i zakaźny jest tu również nie bez znaczenia. Rozmaite konstelacje tych wszystkich czynników patogenetycznych stwarzają warunki, umożliwiające powstanie pierwotnego ubytku wrzodowego.

Rozwój dalszy wrzodu jest zapewne wypadkową siły trawiennej soku żołądkowego, ciągłego niepokoju ruchowego żołądka, częstych stanów skurczowych odźwiernika, wreszcie składników nieżytowych i zakaźnych, które umożliwiają gojenie się wrzodu i popowodują jego dalsze przenikanie w głąb.

Co się zaś tyczy umiejscowienia procesu wrzodowego, to w myśl teorji mechaniczno-czynnościowej Aschoffa, decydują o niem szczególnie warunki anatomiczne i fizjologiczne, w których znajduje się krzywizna mała i odźwiernik żołądka oraz opuszka dwunastnicy. Wreszcie okresowość naprzemienna nasilania się i wygasania burzliwych objawów wrzodowych zależy najprawdopodobniej od t. zw. „poussés" zapalnych, od potęgowania się czynnika zakaźnego, a być może także i od cyklicznych wahań hormo-

nalnych, które idą w parze z okresowemi zmianami w rozmieszczeniu elektrolitów i przesunięciami w równowadze kwasowo-zasadowej (B a l i n t, A l k a n).

II.

Pomimo, że u chorych wrzodowych stwierdzono liczne objawy zaburzonej równowagi roślinnej i wadliwego zespolenia gruczołów dokrewnych, — to jednak nie zwrócono dotychczas należytej uwagi na jeden, zdaniem naszem, znamienny objaw, który wrzodowi okrągłemu towarzyszy bardzo często.

Objawem tym jest podciśnienie tętnicze. Cecha tych chorych wrzodowych narzucała się nam z taką natarczywością, tak często, robiąc pomiary ciśnienia, spotykaliśmy się u nich z ciśnieniem skurczowem poniżej 100 mm rtęci, że zmusiło to nas do zwrócenia na to zjawisko szczególnej uwagi.

Wobec tego, że w dostępnem piśmiennictwie znaleźliśmy tylko luźne wzmianki odnośnie ciśnienia u chorych wrzodowych, i to częstokroć niezgodne z naszem spostrzeżeniem, i wobec tego, że objawowi temu przypisujemy szczególne znaczenie, zestawiliśmy swój materjał wrzodowy z ostatnich czterech lat. Zebraliśmy w ten sposób, 61 przypadków wrzodu żołądka lub dwunastnicy, (z tego 22 przypadki z praktyki prywatnej jednego z nas). Podkreślić tu należy, że materjał ten obejmuje wyłącznie chorych z zupełnie pewnem rozpoznaniem wrzodu, stwierdzonego wszystkiemi metodami klinicznemi i badaniem rentgenologicznem.

Wobec tego, że niskie ciśnienie tętnicze spotyka się ostatnio wogóle częściej, zebraliśmy dla porównania jednocześnie 40 przypadków kamicy żółciowej i przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego, przebiegającego ze zrostami z dwunastnicą lub bez nich, oraz 23 przypadków zaburzeń czynnościowych żołądka, bez podkładu organicznego(jak nadkwaśność, bezsok żołądkowy, nerwica ruchowa żołądka, skurcze wpustu i t. d.). W ten sposób zestawiliśmy z jednej strony 61 przypadków wrzodowych, z drugiej zaś — 63 przypadków zaburzeń czynnościowych żołądka i schorzeń przewlekłych pęcherzyka żółciowego. Wszystkie prawie pomiary wykonane były w jednakowych warunkach, t. zn. w pierwszym lub drugim dniu pobytu szpitalnego, przed obiadem, tym samym przyrządem Riva-Rocciego.

Wyniki pomiarów ciśnienia ilustruje załączona tablica.

Wrzód żołądka lub dwunastnicy (61 przypadków)				Przewlekłe schorzenia pęcherzyka żółć. i zaburzenia czynnościowe żołądka (63 przypadki)			
Poziom ciśnienia skurczowego	Liczba przyp.	%	%	Poziom ciśnienia skurczowego	Liczba przyp.	%	%
70—80	1	1·6		70—80	0	0	
80—90	5	8·2	41·0	80—90	0	0	15·9
90—100	19	31·2		90—100	10	15·9	
100—110	6	9·8	36·1	100—110	13	20·6	52·3
110—120	16	26·3		110—120	20	31·7	
120—130	6	9·8		120—130	9	14·5	
130—140	4	6·6	21·3	130—140	4	6·3	25·4
140—150	3	4·9		140—150	3	4·8	
150—160	1	1·6	1·6	150—160	2	3·2	6·4
160—170	0	0		160—170	2	3·2	

Z 40 przypadków schorzeń pęcherzyka żółciowego u 7-miu chorych ciśnienie skurczowe było poniżej 100 mm rtęci. Stanowi to 17.5% ogólnej liczby tych przypadków. Na 23 przyp. zaburzeń czynnościowych żołądka w 3-ch zaledwie znaleźliśmy ciśnienie skurczowe poniżej 100 mm rtęci; odpowiada to odsetkowi 13.0% Łącznie więc na 63 przyp. schorzeń niewrzodowych u 10 jedynie chorych stwierdziliśmy obniżenie poziomu ciśnienia poniżej 100 mm rtęci, czyli w 15.9% ogólnej liczby tych przypadków.

Jeżeli porównać odsetek, otrzymany przez nas u chorych niewrzodowych, z liczbami, podanemi przez innych autorów, to okaże się, że odsetek ten (15.9%) nieznacznie tylko przewyższa odsetek podciśnienia, podany przez nich dla przeciętnego materjału szpitalnego. Tak n. p. K y l i n, wykonując pomiary ciśnienia u 1000 chorych szpitalnych znalazł w 12.6% przyp. poziom ciśnienia skurczowego poniżej 105 mm rtęci u mężczyzn i poniżej 100 mm u kobiet

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa u chorych, dotkniętych wrzodem żołądka lub dwunastnicy. Wśród naszych 61 przypadków wrzodowych w 25 znaleźliśmy ciśnienie skurczowe poniżej 100 mm, czyli u 41.0% naszych chorych wrzodowych stwierdziliśmy podciśnienie. Z liczb tych wynika, że gdy w pomiarach kontrolnych podciśnienie wykryć się dawało mniej niż w $^1/_6$ przypadków, to we wrzodzie żołądka lub dwunastnicy przeszło $^2/_5$ chorych odznaczało się obniżeniem znacznego stopnia poziomu ciśnienia skurczowego. Liczby te stają się jeszcze jaskrawsze, jeżeli uwzględnić wyłącznie chorych w wieku powyżej lat 40. Wśród 25 przyp. takich niewrzodowych zaledwie w jednym, czyli w 4% znaleźliśmy ciśnienie skurczowe poniżej 100 mm rtęci, natomiast na 33 przypadki wrzodu żołądka lub dwunastnicy u chorych powyżej lat 40 w 10 przyp. poziom ciśnienia był niższy niż 100 mm rtęci. Stanowi to 30.4%.

Pozatem zasługuje jeszcze na podkreślenie stopień hipotensji. Spadek ciśnienia skurczowego u chorych na wrzód żołądka jest większy, niż to ma miejsce w podciśnieniu, towarzyszącem schorzeniom pęcherzyka żółciowego lub czynnościowym zaburzeniom żołądka. Wśród przypadków podciśnienia u chorych niewrzodowych, ciśnienie skurczowe, które wahało się między 90 i 100 mm rtęci, ani razu nie znajdywało się poniżej tych wartości, natomiast z 25 przyp. hipotemji wrzodowej w 7-miu, czyli prawie w jednej trzeciej, ciśnienie było niższe niż 90 mm rtęci, sięgając nawet w jednym przypadku do poziomu 70 mm.

Zaznaczyć tu chcemy, że większość, przeszło $^3/_4$, naszego materjału wrzodowego dotyczy wrzodu przyodźwiernikowego i wrzodu dwunastnicy. Ze względu na nikłą liczbę przypadków wrzodu żołądka, umiejscowionego na małej krzywiźnie, trudno się nam wypowiedzieć kategorycznie, jakiemu umiejscowieniu wrzodu towarzyszy częściej podciśnienie. Odnieśliśmy jednak wrażenie, że wrzód przyodźwiernikowy i wrzód dwunastnicy odznacza się szczególną skłonnością od obniżonego poziomu ciśnienia tętniczego. Jak to wynika z naszych spostrzeżeń, spadek ciśnienia towarzyszy wrzodowi żołądka lub dwunastnicy przeszło 2 razy częściej niż schorzeniom pęcherzyka żółciowego, a przeszło 3 razy częściej niż zaburzeniom czynnościowym żołądka. Jeśli uwzględnimy nawet częstsze w dobie obecnej notowanie podciśnienia samoistnego, to jednak liczba 41.0%, zwłaszcza w zestawieniu z pomiarami kontrolnemi, świadczyć musi o tem, że nie zachodzi tu żadna przypadkowość.

Co jest przyczyną podciśnienia tętniczego we wrzodzie żołądka lub dwunastnicy? Żeby na pytanie to odpowiedzieć, musimy tu pokrótce przypomnieć to wszystko, co w ostatnich latach zrobiono dla wyjaśnienia zagadnienia hipotensji.

Oddawna wiadomo już było, że istnieje cały szereg schorzeń, którym z reguły towarzyszy podciśnienie. Należą tu niektóre postaci niedomogi mięśnia sercowego, ostre choroby zakaźne, przebiegające z porażeniem ośrodka naczyniowo-ruchowego, stany niedokrwistości i charłactwa, gruźlica, dalej stany wstrząsowe, choroba Addisona, obrzęk śluzakowaty i t. d. W tych wszystkich stanach chorobowych niskie ciśnienie tętnicze jest jedynie objawem towarzyszącym.

Jak wiadomo, do ostatnich czasów uwaga klinicystów zaprzątnięta była niemal wyłącznie nadciśnieniem i dopiero względnie niedawno mnożyć się zaczęły spostrzeżenia kliniczne, dotyczące samoistnego podciśnienia u ludzi pozornie zdrowych, bez żadnej napozór ku temu przyczyny.

Pierwszym, który już w roku 1903 wyodrębnił zespół podciśnienia samoistnego, był F e r r a r i n i i opisywał go pod nazwą „angio-hipotonji konstytucjonalnej". Od tego czasu mnożyć się zaczęły usiłowania, skierowane ku wyodrębnieniu szczególnego zespołu hipotensyjnego i rozwikłania jego patogenezy. H e r z, M a r t i n e t, później amerykanie F r i e d l ä n d e r, R o b e r t s, B a r a c h, a ostatnio w Niemczech Fr. M ü l l e r, M u c h, M a r t i n i i P i e r a c h — opisują pod różnemi nazwami samoistne zespoły chorobowe, których przewodnim objawem jest niskie ciśnienie tętnicze. W ostatnim wreszcie roku B l o n d e l opisuje zespół t. zw. „hypotension artérielle permanente d'origine idiopathique", składający się z 4-ch objawów: 1) podciśnienie tętnicze, 2) łatwe wyczerpywanie się, 3) napady omdleń i 4) akrocyanoza, która jest jednak objawem niestałym.

Bądźcobądź nie każde podciśnienie jest zjawiskiem chorobowem; są ludzie zdrowi, wysportowani, bez żadnych skarg podmiotowych, u których pomiary ciśnienia wykazują obniżenie parcia tętniczego. Jest to t. zw. *„hypotonia innocens"* Wassertha la.

Równolegle z dążeniem do wyodrębnienia zespołów hipotensyjnych szły w parze badania, dotyczące etjologji i patogenezy tych stanów. Poza badaniami farmakologicznemi Desgresa, Popielskiego, Dale'a i Laidlow'a wpływu wazodilatyny wzgl. histaminy na ciśnieni tętnicze, zwrócono tu szczególną uwagę na pewne czynniki konstytucjonalne, jak na wąskość i wydłużenie tętnicy głównej (Fossier), na wiotkość układu tętniczego (Dumas), na wrodzoną słabość tkanki łącznej w ustroju i t. d.

W miarę postępów badań w dziedzinie endokrynologji i układu wegetacyjnego zaczęto uzależniać i łączyć w związek przyczynowy stany podciśnienia z zaburzeniami w tych układach. Wymienić tu należy teorję niedomogi nadnerczowej Sergenta i Sezaryego, uzależniającą spadek ciśnienia od hipoadrenalinemji, poglądy Martiniego i Pieracha na znaczenie spaczonej czynności przysadki mózgowej w obniżeniu ciśnienia tętniczego, oraz badania Santenoise'a, tak doniosłe dla wykazania ścisłej korelacji między trzustką, jej wydzieliną i układem nerwu błędnego i przeciwstawiające je układowi nadnerczowo-adrenalinowo-współczulnemu. Jeżeli chodzi o rolę układu współczulnego w zagadnieniu podciśnienia, to badania przeprowadzone u chorych, którzy wykazują zespół hipotensyjny, pozwalały często wykryć cały szereg objawów, spostrzeganych przy przewadze nerwu błędnego: dodatni odruch oczno-sercowy, charakterystyczne wyniki prób farmakologicznych, zmniejszenie zawartości wapnia w osoczu z przewagą jonów potasowych i t. d.

Choć ostatecznie jeszcze dokładnie nie wiadomo, jaka jest patogeneza stanów hipotensyjnych, to jednak wszystkie prawie nowsze badania wykazują, że dominujące znaczenie ma tu zaburzenie równowagi wegetatywnej, w szerokiem znaczeniu tego słowa, znaczeniu nadanem przez Krausa. Sądzić należy, że patogeneza większości tych zespołów polega w dużej mierze na nieprawidłowem i wrodzonem ustosunkowaniu stanów napięć nerwów roślinnych, na wadliwem zespoleniu gruczołów wydzielania wewnętrznego, możliwe i na zaburzeniach pierwotnych lub wtórnych w rozmieszczeniu elektrolitów w osoczu, na zmianie warunków isotonji i isojonji płynów tkankowych i t. d.

Są to te same zaburzenia, na które trafialiśmy, omawiając patogenezę wrzodu okrągłego. To też przyczyn, dla których wrzodowi żołądka tak często towarzyszy podciśnienie, nie należy według nas szukać ani w niedokrwistości chorych wrzodowych, ani w ich upośledzonem odżywieniu, ani w innych schorzeniach towarzyszących. Hipotensję wrzodową uważać należy za piętno wegetacyjne, tak w przebiegu dychawicy oskrzelowej, pokrzywki, pewnych postaci migreny i t. p.

Stwierdzając tak często podciśnienie tętnicze u naszych chorych wrzodowych, należy zastanowić się, czy jest ono objawem pierwotnym, poprzedzającym wytworzenie się ubytku wrzodowego, czy też tylko objawem następczym, towarzyszącym. Istnieje bezwzględnie szereg przyczyn, które niżej przytoczymy, dla których w przebiegu wrzodu żołądka lub dwunastnicy wytworzyć się może stan podciśnienia wtórnego. O ile jednak zwrócić uwagę na warunki wegetacyjne i konstytucjonalne, które są przyczyną powstawania wrzodu żołądka i zespołu samoistnego podciśnienia tętniczego, to raczej sądzić należy, że jeżeli nie we wszystkich przypadkach, to bądźcobądź w dużym ich odsetku podciśnienie jest objawem pierwotnym.

Typ konstytucjonalny wrzodu jest najczęściej asteniczny, opadowy, *ptoticus* (Stiller, Westphal, Krempelhuber) lub też limfatyczny (Schmidt, Bartel, Heyrowsky). Typy te, jak wiadomo powszechnie, idą najczęściej w parze z podciśnieniem samoistnem, oddziaływując hipotensyjnie na wszelkie zaburzenie równowagi roślinej. Dlatego też mimowoli nasuwa się wniosek, że podciśnienie i skłonność do powstania ubytku wrzodowego idą współrzędnie, a łączność ich występowania zależy przedewszystkiem od jednakowego typu konstytucjonalnego.

Odnośnie tej sprawy w piśmiennictwie znaleźć można jedynie luźne wzmianki. Martini i Bierach wspominają mimochodem o podciśnieniu we wrzodzie żołądka, a Loeper wspomina o zespole, który występuje nieraz w przebiegu wrzodu małej krzywizny, a na który składają się: obniżenie ciśnienia tętniczego, rzadkie tętno i odruch oczno-sercowy. Jest to t. zw. triada wagotoniczna.

Więcej natomiast mówi się o roli nadciśnienia w powstawaniu wrzodu. Przytaczając powyżej teorję skurczowa wrzodu żołądka Bergmanna, mówiliśmy o roli hipertonji w powstawaniu tych skurczów miejscowych.

Zastanawiające jest wysoce, że wśród naszych 61 przypadków wrzodowych w ani jednym nie stwierdziliśmy nadciśnienia samoistnego. Nie chcemy z tego wyciągać daleko idących wniosków, ale nie możemy się oprzeć wrażeniu, że hipertonja, a co zatem idzie, miejscowe skurcze naczyniowe w obrębie tętnic żołądkowych (na czem oparli swe teorje Beneke, Lichtenbelt, a za nimi Bergmann), odgrywają rolę czynnika drugorzędnego, a znaczenie ich w powstawaniu ubytku wrzodowego jest chyba przecenione. Wprawdzie Kylin podaje, iż wrzodowi żołądka nieraz towarzyszy nadciśnienie samoistne, ale w każdym razie nie tak często mieć tu ono może znaczenie podstawowe. Ołowica, dla której przełomy naczyniowe są do pewnego stopnia objawem swoistym, wcale nie tak często prowadzi do wrzodu żołądka. Choć niektórzy autorzy go opisują (Schüller, Bergmann), to jednak większość badaczy bynajmniej nie stwierdza częstszego występowania wrzodu okrągłego u chorych ołowiczych (Graber, Lewin, Chajes, Gutzeit). Wśród naszego materjału ołowiczego, który zestawili niedawno Landau, Bauer i Grochowski, nie znajdujemy ani jednego chorego z wrzodem żołądka. To samo powiedzieć można o przełomach naczyniowych w ostatnich miesiącach ciąży.

Z naszych danych bynajmniej nie wynika, by nadciśnienie samoistne rzeczywiście było tak często przyczyną ubytku wrzodowego. Sądzimy natomiast, że w powstawaniu wrzodu okrągłego, jak i w jego dalszym rozwoju mieć może znaczenie stan podciśnienia, który tak często znajdywaliśmy u chorych wrzodowych. Podobnie jak w przebiegu zespołów hipotensyjnych, spadek ciśnienia i zaburzenia naczyniowo-odruchowe, wywołane chwiejnością układu roślinnego, prowadzą do niedożywienia ośrodków nerwowych, czego wyrazem są omdlenia i zapaści, tak i jest do pomyślenia, że identyczny mechanizm wchodzi w grę w sprawie powstawania wrzodu żołądka.

Jak pisaliśmy wyżej, nieodzownym czynnikiem w patogenezie wrzodu okrągłego jest moment naczyniowy, sprowadzający się do zmian anatomicznych bądź czynnościowych w drobnych tętnicach żołądkowych. Jeśli chodzi o zmiany czynnościowe, to zdaniem naszem, czynnik skurczowy zależny od stanów nadciśnienia jest przeceniony.

Nasuwa nam się natomiast przypuszczenie, że moment naczyniowy czynnościowy polega nie tyle na czynniku skurczowym, ile raczej na stanie trwałego niedożywiania tkanki żołądkowej, zależnego od stałego obniżenia parcia tętniczego w całym ustroju, co pociągnąć za sobą musi spadek ciśnienia w tętnicach żołądkowych. Czynnik ten łącznie z chwiejnością naczyniowo-ruchową, zależną od zaburzeń w układzie roślinnym, prowadzić może do stałej ischemji, niedożywienia ściany żołądka, co staje się podłożem do dalszego rozwoju procesu wrzodowego*). A zsumowanie się składnika naczyniowego, hipotensyjnego, z innemi czynnikami, które stanowią o powstawaniu wrzodu, a mianowicie zmniejszoną wrodzoną lub nabytą odpornością błony śluzowej, szczególnemi warunkami anatomicznemi i czynościowemi tej ostatniej, czynnikiem zakaźnym i t. d. — prowadzi dopiero do wytworzenia się ubytku wrzodowego.

Spadek ciśnienia we wrzodzie żołądka ma pomyślne warunki ku temu, żeby się utrzymać i wznieść nawet w dalszym przebiegu procesu wrzodowego. Stałe bóle, które są potężnym czynnikiem hipotensyjnym, uszkodzenie zakończeń nerwu błędnego przez wrzód drążący (Loeper), procesy samozatrucia białkowego, działające w sensie stałego przełomu Widala, wreszcie obostrzenia zakaźne — wszystkie te momenty łącznie utrwalają i wzmagają zakłócenie równowagi roślinnej i tą drogą zwiększają spadek ciśnienia. Wreszcie częsta obecność stanów niedokrwności i wyniszczenia ogólnego zamyka to błędne koło wzajemnych oddziaływań i przyczynia się do dalszego obniżenia parcia tętniczego. Tą drogą spotęgowane zostaje niedożywienie ściany żołądkowej, jak również

---

*) „Badania Martiniego i Pieracha wykonane przy pomocy kapilaroskopji wykazały u ludzi z zespołem podciśnienia samoistnego rozszerzenie kapilarów i siatki żylnej, natomiast niedostateczny dopływ krwi tętniczej do obwodu. Rozwija się wskutek tego stan t. zw. „ralentissement circulatoire", stan zwolnionego krwiobiegu, który jest przyczyną niedożywienia tkanek ustrojowych. Identyczne zmiany w krążeniu na błonie śluzowej żołądka u chorych wrzodowych stwierdził Otfried Müller przy pomocy gastro-kapilaroskopu. Jest to potwierdzeniem naszej teorji powstawania wrzodu".

dalej podtrzymywany jest ów składnik naczyniowy, który tkwi u źródła wrzodu okrągłego.

Przypuszczenie nasze, które sprowadza czynnościowy moment naczyniowy do trwałego niedożywienia ściany żołądkowej, zależnego od ogólnego spadku ciśnienia tętniczego i chwiejności naczyniowo ruchowej oparte jest jedynie na spostrzeganiu i rozważaniu klinicznem i ma znaczenie w odniesieniu do pewnej tylko części chorych wrzodowych. Chodzi nam tu jedynie o wysunięcie swoistego, hipotensyjnego czynnika naczyniowego, który był dotąd zupełnie niedoceniany w zagadnieniu patogenezy wrzodu żołądka.

Wreszcie zaznaczyć chcemy, że objaw podciśnienia, który o wiele częściej spotyka się w przebiegu wrzodu przyodźwiernikowego lub dwunastniczego aniżeli w innych cierpieniach jamy brzusznej — posiada znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze. W przypadkach, gdzie rozpoznanie waha się między wrzodem żołądka lub dwunastnicy a zaburzeniami czynnościowemi żołądka lub schorzeniem pęcherzyka żółciowego, obecność znacznego podciśnienia, zwłaszcza u człowieka powyżej lat 40-tu, po wyłączeniu innych czynników, od których zależeć może spadek ciśnienia, przeważyć winna szalę rozważań różniczkowo-rozpoznawczych raczej na rzecz procesu wrzodowego.

Piśmiennictwo podamy w doniesieniu II-giem.

E. MIKULASZEK. Lwów.

Badania doświadczalne nad wywoływaczem resztkowym pałeczek otoczkowych wyhodowanych z twardzieli.

Z Państwowego Zakładu Higjeny Filja we Lwowie.
Kierownik: Doc. Dr. Napoleon Gąsiorowski.

Badania lat ostatnich, zwłaszcza Landsteinera, Sachsa i Zinssera, wykazały, że wszystkie ciała działające jako wywoływacz dzielić musimy na wywoływacze pełnowartościowe t. j. takie, które wywołują w ustroju zwierzęcym przeciwciała, i wywoływacze niepełnowartościowe o prostszej budowie chemicznej, które same jako takie nie posiadają zdolności wytwarzania w ustroju zwierzęcym przeciwciał a dopiero, o ile są zawarte w strukturze komórki lub w połączeniu z białkiem obcem, produkują z łatwością przeciwciała. Wywoływaczami pełnowartościowymi są proteiny, do wywoływaczy niepełnowartościowych zaliczyć musimy większość lipoidów i niektóre węglowodany. W roku 1921 Zinsser i współpracownicy podali, że w komórce bakteryjnej, oprócz ciał białkowych i lipoidów, znajdują się połączenia o budowie węglowodanowej, reagujące z przeciwciałami, nazywając ich wywoływaczem resztkowym. W bardzo szczegółowych pracach nad pneumokokiem Avery, Goebel i Heidelberger wyodrębnili we większej ilości, dozwalającej na dokładny rozbiór chemiczny, ciało, któremu dali nazwę „swoista substancja rozpuszczalna *(soluble specific substance)*". Ciekawem bardzo jest spostrzeżenie, że substancje te, otrzymane z 3 różnych typów pneumokoków (I, II, III) różniły się między sobą pod względem serologicznym, dając odczyn precypitacyjny w bardzo wysokiem rozcieńczeniu (1:5,000.000) tylko ze surowicą homologiczną. Również pod względem chemicznym wyraźnie różniły się one między sobą. Te same ciała wykazywali także w przesączach hodowli dwoinek zapalenia płuc a nawet w płynach ustroju chorego na zakażenie pneumokokowe. Dzięki temu odczyn strącania surowicy pneumokokowej z plwociną chorego na zapalenie płuc może służyć do szybkiego oznaczenia typu pneumokoka i wybrania odpowiedniej surowicy leczniczej.

Dalszą charakterystyczną cechą tych ciał jest niezwykła ich odporność na działanie wysokiej ciepłoty. Wytrzymują one ciepłotę 134° — 144° C w autoklawie w przeciągu 1 — 2 godzin a dopiero kilkogodzinne gotowanie w rozcieńczonych kwasach mineralnych rozbija je na prostsze składniki, wśród których przeważają glukoza i kwas glukuronowy.

Równoczesne badania nad zachowaniem się połączeń białkowych (nukleoprotein), otrzymanych z pneumokoków, wykazały, że, w przeciwieństwie do wywoływacza resztkowego, nukleoproteiny posiadają swoistość tylko rodzajową, gdyż dają odczyny równie silne z wszystkimi 3 typami surowic, podczas gdy wywoływacz resztkowy posiada swoistość typową, t. j. daje odczyny serologiczne tylko z homologiczną surowicą pneumokokową.

W grupie pałeczki okrężnicy podobne ciała otrzymał Tomcsik, przyczem zwraca on uwagę na różnorodność antygenów resztkowych, otrzymanych z różnych szczepów pałeczki okrężnicy, coby mogło tłómaczyć trudności, znane przy próbach serologicznego podziału tych drobnoustrojów.

Z prac polskich badaczy spostrzeżenia Panka, posiadają już tylko znaczenie historyczne, natomiast niezwykle interesujące są dotychczasowe wyniki Przesmyckiego i Szczuki.

Panek otrzymał z pałeczki nosacizny glikoproteid rozpuszczalny we wodzie a nierozpuszczalny w alkoholu, który w bardzo wysokich rozcieńczeniach dawał odczyny serologiczne z surowicą nosacizn wą; po hydrolizie redukował odczynnik Fehlinga. Ciału temu przypisuje Panek własności antygenu pełnowartościowego, gdyż w ilości 2 mg wystarczało do uodparniania koni i otrzymania surowicy, wiążącej dopełniacz w obecności pałeczki nosacizny. Przesmycki i Szczuka otrzymali z pałeczki nosacizny ciało o własnościach wywoływacza resztkowego, dającego dodatnie odczyny serologiczne z surowicami zwierząt uodpornionych pałeczką nosaciznową; z surowicami zwierząt chorych dodatnich odczynów nie otrzymali.

Podobnie Przesmycki wykazał obecność wywoływacza resztkowego w szczepach duru brzusznego, badania zaś w tym kierunku ze szczepami paratyfusowymi wypadły mu ujemnie. Bardzo interesujące wyniki otrzymał on ze szczepami odmieńca; X_{19} H zawierał antygen resztkowy w dość znacznej ilości, w odmianie zaś X_{19} O brak go zupełnie. Fakt ten tłómaczyłby odmienne zachowanie się serologiczne tych szczepów. W szczepach meningokokowych wykazał on obecność wywoływaczy resztkowych, które zależnie od typu różniły się pod względem serologicznym między sobą.

W ostatnich czasach Przesmycki i Szczuka wykazali również w hodowli laseczki wąglika ciało węglowodanowe, zawierające 5% azotu, które dawało wyraźne strąty z surowicą wąglikową w rozcieńczeniu 1/500.000. Ciało to wykazali także w narządach zwierząt padłych na wąglik. Na podstawie swoich badań dochodzą do wniosku, że odczyn termoprecypitacyjny Ascoli'ego zależnym jest od obecności wywoływacza resztkowego zawartego w wyciągu narządów zwierząt badanych. Ciepłostałość i względnie duża odporność na gnicie wywoływacza resztkowego przemawiałyby za słusznością powyższego tłumaczenia.

W przecinkowcach cholery Landsteiner i Levène wykazali ciała, zawierające azot, dające przy hydrolizie redukujące cukry. Ciała te ze swoistą surowicą dawały dodatnie odczyny serologiczne. Również i w paciorkowcach zieleniejących udało się Lancefield wykazać wywoływacz resztkowy działający jeszcze w rozcieńczeniu 1/1,000.000. Taksamo jak przy dwoinkach Fränkel-Weichselbauma wywoływacz resztkowy posiadał tu swoistość typową, podczas gdy równocześnie wyosobnione nukleoproteiny dawały tylko odczyny grupowe.

Amerykańscy autorzy otrzymali wywoływacz resztkowy także z prątka gruźliczego. Ciekawe są prace Müllera nad frakcjami tuberkuliny. Rozróżnia on frakcję działającą allergicznie (na skórę) i frakcję czynną serologicznie. Pierwsza składa się z nukleoprotein, druga zawiera w przeważającej ilości cukier gronowy i kwas glukuronowy, ślad azotu (0,3%) i fosforu a płaszczyznę polaryzacji skręca w prawo o 17,3.

Punktem wyjścia do badań nad antygenem resztkowym w grupie pałeczek otoczkowych jest praca Toenniessena który w chemicznym składzie otoczki bliżej nieokreślonego szczepu z grupy Friedländera wykazał obecność polisacharydu, oznaczając go jako galaktan, ponieważ przy kwaśnej hydrolizie wytwarzał się redukujący cukier, dający fenylosazon charakterystyczny dla d-galaktozy.

Bardzo szczegółowe prace amerykańskich autorów Müllera, Smitha, Litarczka oraz Averyego, Goebla i Heidelbergera wykazały w grupie pałeczek Friedländera obecność wyższych węglowodanów, nie dających odczynu z jodem na skrobię a w których skład wchodzi glukoza i kwas glukuronowy. Połączenia te otrzymane z różnych typów (A, B, C i X według Julianelle'a) różniły się między sobą chemicznie, jak również serologicznie, dając swoistą precypitację tylko z homologiczną surowicą.

Rozporządając większą ilością szczepów otoczkowych, wyosobnionych z przypadków twardzieli postanowiłem wykonać próbę, czy ze szczepów tych nie możnaby otrzymać wywoływacza resztkowego.

Zapomocą techniki podanej przez Avery'ego, Goebla, Heidelbergera jak również Przesmyckiego udało mnie się otrzymać wywoływacz resztkowy z pałeczek otoczkowych, niezmieniających nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, wywołujących kwaśną fermentację cukru gronowego bez gazu i alkalizujących wodę peptonową czystą do Ph 7,7 t. j. tego typu pałeczek, które dotychczas można wyosobnić w 80% przypadków jedynie przy klinicznie stwierdzonej twardzieli. W niektórych szczegółach

a mianowicie co do ostatecznego oczyszczania wywoływacza resztkowego modyfikacja poniżej przytoczonych sposobów okazała się korzystna.

Przy przyrządzaniu wywoływacza resztkowego postępowałem w sposób następujący: obfitą hodowlę na zwykłym agarze spłukuje się z kilkunastu flaszek płaskich wodą destylowananą a po zabiciu drobnoustrojów po półgodzinnem pozostawieniu zawiesiny w autoklawie przy 114° C poddaje się ją działaniu trypsyny przez 24 godzin w 37° C. Następnie słabo zakwasza się ją kwasem octowym i pozostawia w parze bieżącej przez 15 minut. Płyn zawierający obfity strąt z połączeń białkowych przesącza się przez bibułę aż do uzyskania czystego przesączu, niedającego już żadnego z odczynów proteinowych. Po dodaniu podwójnej objętości alkoholu etylowego 96% opada w przesączu dość obfity kłaczkowaty osad. Dla oczyszczenia osadu zawierającego wywoływacz resztkowy w stanie nieczystym należy płyn odwirować, osad rozpuścić w małej objętości wody destylowanej, zalkalizować ługiem sodowym i wytrącić powtórnie alkoholem. W ten sposób postępuje się kilkakrotnie strącając alkoholem naprzemian w odczynie kwaśnym i zasadowym. Ostatnie wytrącanie odbywa się w odczynie obojętnym, poczem odwirowany osad suszymy. Tak otrzymany wywoływacz resztkowy zawiera jeszcze dość duże ilości składników nieorganicznych, o czem przekonuje nas analiza popiołu, wykazująca obecność soli wapniowych w przeważającej ilości. Dla dalszego oczyszczenia poddaje się wywoływacz resztkowy działaniu dyalizy przez błony zwierzęce. Po 24 godzinach otrzymywało się już tylko ślad popiołu, w którym zapomocą reakcji mikrochemicznych (kryształki gipsu po dodaniu 25% kwasu siarkowego) wykazać można było jeszcze obecność wapnia.

Roztwór wodny wywoływacza resztkowego nawet po dializie nie jest jeszcze zupełnie przejrzysty, przypominając wyglądem roztwór koloidalny; po dłuższem gotowaniu przekonałem się, że płyn ten się wyjaśnia a równocześnie powstaje kłaczkowaty osad, nierozpuszczający się we wodzie a rozpuszczalny w alkoholu. Osad ten przypuszczalnie składający się z lipoidów jest nieczynnym w odczynie wiązania dopełniacza, jak wykazały późniejsze doświadczenia. Przesącz sam przedstawia się obecnie jako płyn przejrzysty, barwy blado-żółtej, z którego zapomocą alkoholu dodanego w podwójnej objętości strąca się wywoływacz resztkowy.

W ten sposób otrzymany wywoływacz resztkowy t. j. uwolniony od połączeń przypuszczalnie lipoidalnych posiada graniczny stopień oczyszczenia, jaki mnie się udało uzyskać. Przedstawia się on w postaci ciała bezpostaciowego, rozpuszczalnego w wodzie a nierozpuszczalnego w alkoholu, eterze, chloroformie i acetonie. Roztwór wodny jest płynem zupełnie przejrzystym, w stanie stężonym barwy żółtej a badany w polarymetrze wykazuje prawoskrętność, kąt skręcania płaszczyzny polaryzacji (αD) wynosi + 35°. Jakościowa analiza chemiczna daje następujące wyniki: po spalaniu ślad popiołu, odczyny Lassaigne'a i mikroreakcja Emicha na obecność azotu zupełnie ujemne. Odczyny proteinowe nie wykazują obecności ciał białkowych. Siarczan amonowy zarówno stężony jak i 70% wykłacza wodny roztwór wywoływacza resztkowego. Z roztworem jodu w jodku potasowym otrzymujemy zabarwienie brunatne odpowiadające glikogenowi, jakkolwiek o słabszem natężeniu. Przy gotowaniu nie redukuje odczynnika Fehlinga. Powyższe odczyny nasuwały pewne wahania, czy nie mamy tutaj do czynienia z zanieczyszczeniem wywoływacza resztkowego glikogenem zwierzęcym, pochodzącym z pożywek. Dla wyjaśnienia tej sprawy do 10 ccm stężonego roztworu wywoływacza resztkowego dodałem: jodku potasu 1 g, ługu sodowego 60% 0,5 ccm, alkoholu 96% 5 ccm stwarzając warunki, wśród których glikogen zwierzęcy wypada ilościowo. Po odwirowaniu dość obfitego osadu dodałem podwójną objętość alkoholu do pozostałego płynu uzyskując w ten sposób zupełne wykłaczenie wywoływacza resztkowego. W powyższych 2 frakcjach otrzymanego strątu odczyny chemiczne zachowały się zupełnie identycznie a miano odczynów serologicznych dochodziło do tych samych wysokości.

Zjawisko to przemawiałoby więc zatem, że w osadzie tak pierwszej, jak i drugiej frakcji znajduje się tylko antygen resztkowy jako ciało czynne, czyli że w pierwszej frakcji brak glikogenu zwierzęcego.

Celem bliższego poznania chemicznej budowy otrzymanego ciała poddałem je hydrolizie. Po 4 godzinnem gotowaniu w 2,5% kwasie solnym płyn redukował obecnie odczynnik Fehlinga i badany metodą kolorymetryczną zawierał 42,5% redukujących cukrów obliczonych jako glukoza. Odczyny z floroglucyną na pentozy, jak i Seliwanowa na fruktozę wypadły ujemnie. Wynikałoby z tego że w skład wywoływacza resztkowego, który otrzymałem ze szczepów otoczkowych pochodzących z przypadków twardzieli, wchodzą węglowodany wielkocząsteczkowe (polisacharydy).

Druga grupa doświadczeń obejmuje odczyny serologiczne mianowicie odczyn skłaczkowania i wiązania dopełniacza, jakie daje opisany wywoływacz resztkowy z wysokowartościowemi surowicami i z surowicami chorych.

Odczyn precypitacyjny jako próba pierścieniowa wykonany z antygenem resztkowym rozpuszczonym w fizjologicznym roztworze i z surowicą królika uodpornionego pałeczkami otoczkowemi homologicznego typu wykazywał wyraźny pierścień w rozcieńczeniach wywoływacza resztkowego od 1/1000 — 1/1,600.000.

Odczyn wiązania dopełniacza z tą samą surowicą o mianie 1/2000, użytej stale w rozcieńczeniu 1/20 dawał zupełne powstrzymanie hemolizy z tym samym antygenem jeszcze w rozcieńczeniu 1/4,000.000. Zwraca uwagę, że odczyn ten w słabych rozcieńczeniach wywoływacza resztkowego (1/1000 — 1/8000) wypada stale ujemny a dopiero powyżej jako dodatni.

Z wysokowartościowemi surowicami królików uodpornionych pałeczkami otoczkowemi innego typu zarówno odczyn precypitacyjny, jak i wiązania dopełniacza wypadał zawsze ujemnie.

Dotychczasowe próby wykonane z surowicami chorych z klinicznem rozpoznaniem twardzieli dały ujemny wynik odczynu skłaczkowania z antygenem resztkowym użytym w rozcieńczeniu 1/1000 — 1/5,000.000, natomiast odczyn wiązania dopełniacza wypadał dodatnio z wywoływaczem od 1/1000 do 1/4000. Dalej idące wnioski byłyby tutaj narazie przedwczesne wobec za małej ilości surowic (10) dotychczas zbadanych.

Wszystkie próby kontrolne z surowicami osób zdrowych i chorych nietwardzielowych wypadały zawsze ujemnie.

Chcąc przekonać się, czy mamy do czynienia z typowym wywoływaczem resztkowym, niezdolnym do wytwarzania w ustroju zwierzęcym przeciwciał, wykonałem następujące doświadczenie na królikach: W 7-dniowych odstępach czasu wstrzykiwałem pięciokrotnie *I królikowi 2* oczka normalne hodowli zabitych pałeczek wyhodowanych z twardzieli, których typ odpowiadał w zupełności szczepom użytym do otrzymania wywoływacza resztkowego, *II królikowi* każdorazowo 2 mg wywoływacza resztkowego w roztworze wodnym, *III królikowi* po 2 mg wywoływacza resztkowego w roztworze wodnym zmieszanego z 0,5 ccm surowicy końskiej. W tydzień po ostatniej dawce surowica pierwszego królika wykazywała silnie dodatni odczyn precypitacyjny i wiązania dopełniacza zarówno z zawiesiną hodowli homologicznej jak i z wywoływaczem resztkowym. Z surowicami drugiego i trzeciego królika tak odczyn precypitacji, jak również wiązania dopełniacza wypadał zawsze ujemnie. Jak widać z powyższego doświadczenia wywoływacz resztkowy twardzielowy jest typowym antygenem niepełnowartościowym, t. j. niezdolnym do wytwarzania przeciwciał w ustroju zwierzęcym; nawet dodanie obcego białka t. j. surowicy końskiej nie czyni go zdolnym do wytwarzania przeciwciał.

Powyższe spostrzeżenia uprawniają do następujących wniosków:

1) Z pałeczki otoczkowej, niezmieniającej nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, fermentującej kwaśno bez wytwarzania gazu cukier gronowy, alkalizującej wodę peptonową czystą do PH 7,7 a dającej się wykazać tylko przy schorzeniu twardzieli i to w 80% przypadków otrzymać można ciało w skład którego wchodzą węglowodany wielkocząsteczkowe.

2) Ciało to posiada wszystkie własności wywoływacza resztkowego t. j. reaguje w bardzo wysokiem rozcieńczeniu z surowicami wysokowartościowemi swoiście, nie posiada jednak zdolności wytwarzania przeciwciał w ustroju zwierzęcym.

3) Otrzymany wywoływacz resztkowy daje dodatnie wyniki odczynu wiązania dopełniacza z surowicami chorych twardzielowych.

4) Czy wywoływacz ten resztkowy, bardzo dogodny w użyciu z powodu trwałości i stałości miana, mógłby w praktyce przy badaniu niskowartościowych surowic (chorych) zastąpić świeżo sporządzoną zawiesinę bakteryjną, wykażą dopiero doświadczenia na większym materjale.

Piśmiennictwo.

1) F. Przesmycki: Med. dośw. i społ. 1927 (tamże dokładne zestawienie piśmiennictwa). — 2) N. Gąsiorowski: Pol. Gaz. lek. 1927, Str. 525. — 3) H. Meisel i E. Mikulaszek: Pol. Gaz. lek. 1927, Str. 41, Str. 940. C. R. Soc. Biol. 1927, Str. 563, Str. 1495, Str. 1498. — 4) Panek: Kosmos 1924, Str. 1161. — 5) Toenniessen: Zb. f. Bakt. T. 85, Str. 225.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. B. GRUENZWEIG. Morawska Ostrawa.

Leczenie zaburzeń układu wegetatywnego ciałami proteinowemi.

Podług odczytu wygłoszonego dnia 14. IX. 1928 na kongresie neurologów w Hamburgu.

U chorych z zaburzeniami w układzie wegetatywnym stosuję od 17 miesięcy systematycznie proteinoterapję; spostrzeżenia moje, jakoteż wyniki, które osiągnąłem podam tu w krótkości:

O ile mi było dostępne piśmiennictwo niemieckie, stwierdzić muszę, że dotychczas nie stosował nikt systematycznie proteinoterapji przy zaburzeniach systemu wegetatywnego, chociaż wielu autorów mówi o działaniu proteinoterapji na układ wegetatywny, (Nonnenbruch, E. F. Müller itd.) tylko francuz Guillaume wymienia w swej obszernej monografji proteinoterapję, ale tylko mimochodem. Z tego też powodu uważam za swój obowiązek tu, na kongresie, gdzie „system wegetatywny" jest głównym tematem obrad zdać sprawę z moich spostrzeżeń, zwłaszcza że wyniki, które osiągnąłem są zadawalniające.

Jako lekarz praktyczny nie rozporządzałem środkami badań klinicznych i rozpoznanie zaburzeń w układzie wegetatywnym stawiałem tylko na podstawie symptomatologji. Bardzo starannie zbierałem wywiady tak osobiste jak i rodzinne, gdyż zaburzenia te występują u wielu członków rodziny chorego, chociaż w różnych narządach; że przytoczę tylko chorego z pokrzywką, którego siostra miała wrzód żołądka a ojciec dychawicę oskrzelową, lub chorego z nerwicą serca, którego brat był jąkałą. Z pięciu synów hipertonika dwóch najstarszych miało ciśnienie normalne, trzeci był hipotonikiem (90 mm), czwarty i piąty (33 lat i 30 lat) mieli ciśnienie 175 mm, podczas gdy u 33-letniej córki ciśnienie wynosiło 140 mm, a u najmłodszej 26-letniej 95 mm.

Dokładne wywiady uzupełniałem badaniem chorego i śledziłem za pulsus irregularis respiratorius, za objawem Czermaka, Erbena, Ortnera, Aschnera, za rodzajem dermografji, oznaczałem ciśnienie krwi itd. Pomijam już objaw tak prosty, który zauważyłem, że przy podaniu ręki uderza często zimna i wilgotna dłoń chorego. Ubytek na wadze w ostatnich miesiącach lub latach, całe zachowanie się chorego, rozwlekły sposób opisywania swych dolegliwości, często skrupulatnie spisanych, by „przypadkiem czegoś nie zapomniał" objaw Lublinskiego, jakoteż „negatywny" status narządów końcowych, skłaniały mnie do postawienia rozpoznania „zaburzenia w układzie wegetatywnym".

Sposób leczenia stosowany przeze mnie polegał na zastrzykiwaniu Aolanu (1 ccm), w rzeczywistości jest we fjolce nieco więcej, co trzeci dzień, często zażywał chory nadto jedną pigułkę atropaweryny dziennie, a po ukończeniu zastrzyków, calcium Sandoz.

Dotychczas leczyłem w ten sposób 99 przypadków, z których zestawienie podaję:

	Ilość przyp.	męż.	kob.	polepszenie dłu otrw.	polepszenie przemij.	bez skutku
Żołądkowych	16	6	10	9	4	3
Jelitowych, (zapalenie, biegunka)	14	6	8	10	4	—
Woreczek żółciowy	1	1	—	1	—	—
Trzustka	1	—	1	—	1	—
Migrena, Vertigo, Cephalgia	20	2	18	13	6	1
Sercowych	10	7	3	8	1	1
Hyperthyreodismus	5	2	3	3	2	—
Asthma bronchiale	2	1	1	1	1	—
Rhinitis vasomot	1	1	—	—	—	1
Hypertonia	11	2	9	—	9	2
Urticaria, Oedema-Quincke, Eczema	6	3	3	5	1	—
Neuralgia	3	2	1	2	1	—
Dysmenorrhoea	4	—	4	1	3	—
Neurosis traumatica	3	2	1	2	1	—
Adipositas	2	1	1	—	2	—

Nie czas tu wchodzić w szczegóły, i dlatego chcę tylko ogólnie zaznaczyć, że te liczne przypadki żołądkowo-jelitowe prawie wszystkie zostały uleczone. Spastyczne zaparcie trwające miesiące, nieraz nawet i całe lata, ustępowało szybko. Jako farmakologiczną próbę stosowałem często jedną pigułkę atropaweryny raz dziennie przy śniadaniu, częstokroć jednak i tego nie dawałem, ograniczając się tylko do zastrzyków Aolanu. Colitis, która trwała już całe tygodnie u jednego z tutejszych kolegów, ustąpiła zaraz po pierwszem wstrzyknięciu. Kolega ów z radością oświadczył mi przed drugiem wstrzyknięciem, że nareszcie miał prawidłowy stolec, chociaż właściwie nie przestrzegał żadnej diety.

O wiele ciekawszy jest chory, który w zestawieniu mieści się w rubryce sercowych przypadków, a który cierpiał także na biegunki po wzruszeniach (Emotionsdiarrhöe). Wiadomo bowiem, że zaburzenia w układzie wegetatywnym, objawiają się rzadko w jednym narządzie (Dresela, „silne parasympatyczne podrażnienie czynnościowe") i zmieniają często z biegiem czasu swą siedzibę, nagabując coraz to inny narząd. I tak u chorego, który przed laty miał pokrzywkę, wystąpiła potem nerwica serca z niemiarowością, po jakimś czasie niedające się zastanowić wymioty z zawrotami głowy itd. Otóż wracając do owego chorego, cierpiącego na biegunki po wzruszeniach, zaznaczyć muszę, że pochodził z nerwowej rodziny. Chory ten podczas leczenia w Karlowych Warach był świadkiem nagłej śmierci przechodnia na ulicy. Od tego czasu żył w przekonaniu, że i jego czeka taka śmierć, i dostawał często napady, polegające na utrudnionem połykaniu, uczuciu duszenia, ucisku w tyłogłowiu „jakgdyby cała krew występowała mu do głowy" przyczem czerwieniał na twarzy, a cały atak kończył się zazwyczaj biegunką. W jadłodajni lub kawiarni siedział zawsze blizko drzwi wchodowych, bo już sam widok zupy lub kawy, jakoteż zamknięty lokal wywoływał duszność i ślinotok, a skoro w dziennikach wyczytał wiadomość o jakiejś nagłej śmierci, zaraz zgłaszał się do mnie w celu porady. Po leczeniu (Aolan, atropaweryna, calcium Sandoz) wyzbył się wszystkich dolegliwości i niedawno widziałem go w jadłodajni zajadającego spokojnie obiad — nie przy drwiach wchodowych.

Objawy żołądkowe jak hyperaciditas, gastralgja, odbijania, zgaga, ucisk w żołądku, nudności, wymioty, ustępowały po leczeniu, tylko u 1 chorego musiałem powtórzyć zastrzyki po dziewięciu miesiącach.

Nerwice serca ze wszelkiemi możliwemi dolegliwościami i niemiarowością oddziaływały bardzo dobrze na proteinoterapję.

Bóle głowy, zawroty, migrena, ustępowały albo w zupełności, lub też na dłuższy okres czasu.

U wszystkich tych chorych zwracałem szczególną uwagę na przyrost wagi, który był miarą polepszenia i dowodem, że leczenie jest skuteczne. Ubytek na wadze, podawany przy wywiadach, ustępował już podczas wstrzykiwań, co się najczęściej zdarzało, lub po ukończeniu leczenia. Przyrost na wadze w ciągu czterech do ośmiu tygodni dochodził nieraz do 12 kg. Ciężko chory na hiperthyreodizm, który w czterech miesiącach ze 61 i pół kg opadł na 48 i pół kg, przybrał w 12 dniach 3 kg a tuż po zastrzykach dalsze 3 kg. *Im szybszy był spadek wagi przed leczeniem, tem szybszy bywał przyrost i po leczeniu.*

Że proteinoterapja działa dobrze przy dychawicy — to rzecz nie nowa. Natomiast zawiodła w zupełności przy rhinitis vasomotorica.

Przewlekła pokrzywka u jednego chorego, który zdany był na jedzenie w jadłodajniach, znacznie zelżała, gdyż powtarzała się tylko raz na trzy do czterech tygodni i to tylko na pół godziny, podczas gdy przedtem trwała całymi tygodniami. Natomiast znikł w zupełności przewlekły wyprysk na rękach i pod pachami.

Obrzęk Quincke'go u chorej, która przed laty naświetlona była Roentgenem z powodu wola i tachykardji, znikł w zupełności (sześć miesięcy bez nawrotu) a inteligentna chora twierdzi, że nigdy nie czuła się tak świeżą i silną jak obecnie. Ta euphoria jest charakterystyczna, powiedziałbym nawet dowodem ex juvantibus, że rozpoznanie jest słuszne. 54-letni chory, który przy pierwszem badaniu skarżył się na setki dolegliwości, dających się odnieść do spastycznego zaparcia, twierdził 7 miesięcy po leczeniu, że czuje się młody i silny i że nawet dzielność płciowa znacznie się u niego powiększyła.

Osiągnąłem też dobre wyniki przy zaburzeniu w miesiączkowaniu u kobiet jakoteż i u młodych dziewcząt.

Hypertonia esentionalis ze wszystkimi swymi odmianami jest zdaniem Pala, Dresela, Kylina, Krausa, Munka i innych wegetatywną nerwicą. Także i hipotonja, którą tak często stwierdziłem jako objaw uboczny, jest zaburzeniem w wegetatywnym układzie, (Kylin, i inni). Wobec tego, że tak dobre wyniki osiągałem stosując proteinoterapję przy różnych nerwicach, postanowiłem zastosować ją przy nadciśnieniu samorzutnem. Niestety w ciągu tego całego czasu miałem tylko trzech chorych na takie nadciśnienie i żaden z nich nie poddał się leczeniu, gdyż albo wcale nie wierzyli, że są chorzy, chociaż ciśnienie przekraczało 175 mm, lub też dla braku sposobności. Dlatego próbowałem stosować proteinoterapję przy następowych nadciśnieniach i to nawet w tych przypadkach, gdzie anatomiczne zmiany były widoczne (przerost serca, zmiany w nerkach, krwawienia w oczach po udarach mózgu), jakoteż i w przewlekłych nadciśnieniach i t. d. Spostrzegałem przy tej sposobności wiele ciekawych szczegółów, które tu podam.

Co się tyczy przekwitowych, spadły wartości 210 mm na 175 mm, 178 mm na 138 mm, ze 175 na 135 mm i to na bardzo długi przeciąg czasu. Ważniejsze jednak jest, że podmiotowe objawy, które przynosi ze sobą przekwitanie, a więc te uporczywe dolegliwości, zbytecznem jest chyba je tu wyliczać, zmniejszyły się lub też znikły w zupełności. Polepszenia jednak w okresie przekwitania nie mogą być miarodajne dla oceny skuteczności leczenia, gdyż ustępują często i samoistnie.

Daleko lepiej obrazują skuteczność te przypadki, gdzie stosowałem proteinoterapję chorym po udarach: ciśnienie z 210 mm spadło na 175 mm (przed południem), zniknęło miganie przed oczyma, jakoteż i zawroty głowy. U chorego z claudicatio intermittens i nadciśnieniem obniżyło się ciśnienie ze 175 mm na 140 mm, a chory mógł odbywać dłuższe przechadzki bez jakiegokolwiek bólu U chorych znów na nerki, u których Rentgen wykazywał powiększone serce na lewo i rozszerzoną tętnicę główną nie znikało wprawdzie białko w moczu, ale ustępowały dokuczliwe nerwowe objawy, jaketo ucisk w głowie, szum w uszach, zawroty głowy, miganie przed oczyma, które przecież bardziej dokuczają niż białkomocz.

Wreszcie przypadek z napadami podobnemi do asthma cardiale, który tak się poprawił, że już podczas leczenia znikły napady, chociaż 56-letnia chora, jako telefonistka nie przerwała wcale swej służby.

O ile z tych przypadków można wyciągnąć jakiś wniosek, to chyba ten tylko, że przy samoistnem nadciśnieniu, gdzie jeszcze niema *żadnych organicznych zmian* a więc w początkach tego schorzenia, możemy tym sposobem uzyskać znakomite wyniki. Przypadki te są białe kruki w praktyce nie dlatego, że są rzadkością ale bo rzadko się zgłaszają do lekarza o poradę, a jeśli się już zgłoszą rzadko który lekarz bada ciśnienie krwi. Jedynie zasada badania ciśnienia u każdego bez wyjątku chorego (podobnie jak się bada mocz na białko, cukier itd.), mogłaby się przyczynić do ujawnienia tej ciężkiej choroby, już u jej kolebki, by w tym okresie jako neurozę ją uleczyć.

Do Was, moi panowie, którzy rozporzadzacie wielkim materjałem poliklinicznym, zwracam się z wezwaniem, byście podjęli myśl moją!

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Do L. Z. O. 413/29. Min. Spr. wewn., Dep. Służby Zdrowia.

Sprawozdanie.

W dniu 23 stycznia r. b. odbyło się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Departamencie Służby Zdrowia) posiedzenie sekcji do spraw walki z gruźlicą Państwowej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Dra Eugenjusza Piestrzyńskiego w następującym składzie:

Dr Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Witold Chodźko, Kierownik Państwowej Szkoły Higjeny.

Dr. Henryk Kłuszyński z Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych.

Dr. Górski, przedstawiciel Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Dr. M. Reiter, przedstawiciel Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Prof. mag. Jan Gordziałkowski, Dziekan Wydziału Weterynaryjnego Uniwersytetu Warszawskiego,

oraz członkowie kooptowani:

Dr. Czesław Wroczyński, Prezes Związku Przeciwgruźliczego, pułkownik - lekarz Dr. Stefan Rudzki, Dr. M. Gantz, oraz Dr. Marja Skokowska - Rudolfowa, referentka do spraw walki z gruźlicą w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

Zebranie, podkreślając przedewszystkiem konieczność wydania ustawy, regulującej w sposób zasadniczy akcję zwalczania, poruszyło kwestję przystąpienia do prac oznaczenia stref na terenie uzdrowisk Rzeczypospolitej Polskiej celem przeprowadzenia leczenia kuracyjnego chorych gruźliczych; w zasadzie praca ta winna być przeprowadzona w porozumieniu ze związkiem uzdrowisk oraz w formie celowej propagandy wśród lekarzy.

Ponadto zwrócono uwagę na konieczność uporządkowania pod względem sanitarnym pensjonatów i mieszkań prywatnych w uzdrowiskach.

Zebranie wypowiedziało zasadę, iż leczenie chorych gruźliczych winno się odbywać przedewszystkiem w formie leczenia sanatoryjnego; podkreślając fakt, iż Polska nie posiada dostatecznej liczby sanatorjów dla chorych gruźliczych, Sekcja wypowiedziała się za pociągnięciem całego społeczeństwa do współpracy w akcji zwalczania gruźlicy. Zwrócono między innemi uwagę na przykład Włoch, w których zwalczanie gruźlicy postawiono na gruncie polityki ubezpieczeniowej.

W sprawie zaś umożliwienia szerokim warstwom ludności przeprowadzenia leczenia szpitalnego zebranie zgodziło się na zasady, przyjęte za podstawę w akcji przeciwgruźliczej i wyłożone w referacie Dra Skokowskiej - Rudolfowej. Należy stworzyć organizację wojewódzką przy pomocy samorządów, Kas chorych i t. d. Organizacja ta winna posiadać na terenie Województwa całkowity system, umożliwiający przeprowadzenie leczenia i zapobieganie gruźlicy, a to w formie przychodni przeciwgruźliczej, oddziałów szpitalnych, sanatorjów i prewentorjów.

W ten sposób sprawa walki z gruźlicą w Polsce zostałaby należycie rozwiązana.

OCENY.

Dr. Stanisław Progulski: *Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę?* (Bibljoteczka higjeniczna powszechna, Nr. 3). Lwów-Warszawa, 1929, str. 20 z 5 rycinami.

Bardzo pożyteczna dla ludu broszurka. Autor usiłował przyswoić sobie chcąc doń przemówić jego językiem i styl ludowy, jednak tu i ówdzie wypadł z niego, niektóre też spostrzeżenia nie są zaczerpnięte z życia ludu, np. wczesne dokarmianie (str. 4). Wśród porad znajdują się i takie, co do których zdania pedjatrów są podzielone, nie wszyscy bowiem np. polecają przyłożyć noworodka do piersi już po 6-ciu godzinach, dawać po odłączeniu prócz pokarmów stałych jeszcze 1 litr mleka lub do 5-tego miesiąca podawać rozcieńczone na pół z wodą mleko. Rycina 2 nie odpowiada treści, zaś w interpunkcji są małe niedopatrzenia. W każdej bibljoteczce wiejskiej a nawet i chacie powinno się znaleźć wymienioną książeczkę.

Józef Fritz (Lwów).

Lijecnicki Vjesnik 1928, Godina 50. Broj. 5. Pedijatricki broj. Zeszyt wydany z okazji 20-letniego jubileuszu Polikliniki dziecięcej oraz wykończenia Kliniki chorób dziecięcych w Zagrzebiu zawiera następujące prace:

Fr. Groer i F. Bledlich: Badania eksperymentalne nad teorją Dicków, ogłoszone już przedtem w języku niemieckim, M. Ambrozić, N. Bajić i U. S. Ruzicić: Opieka nad dzieckiem w zakładzie dla dzieci, spostrzeżenia z 8 miesięcznej obserwacji przy urządzaniu nowego domu dla dzieci, Smilja A. Kostić-Joksić: Malarja u dzieci, M. Sarvan: Uodpornianie przeciw ospie wietrznej, V. Skarica: Domy dla podrzutków w Dalmacji, E. Mayerhofer i J. Menzer: Nowa klinika dziecięca w Zagrzebiu, L. Lemez: Allergja u noworodków, Przypadek granuloma annulare multiplex u dziecka. Mayerhofer i M. Lypolt-Krajnović: Erythema toxicum neonatorum — Leiner jako główny objaw allergji noworodka, J. Köhler i S. Masek: Organizacja opieki zdrowotnej w szkołach powszechnych Zagrzebia, Z. Svarc, J. Menzer: Przychodnia pedjatryczna w Zagrzebiu, A. Simec: Pielęgniarka w służbie zdrowia, Z. Svarc: Doświadczenia nad kiłą wrodzoną, Psychologja opieki społecznej nad dzieckiem, S. Vinter: Urządzenie i działalność Polikliniki dla dzieci w Zagrzebiu od 1908—28, Zasady odżywiania w Poliklinice dla dzieci w Zagrzebiu. Liczne wykresy i zdjęcia zdobią tę wprost z bibljofilską starannością wydaną publikację pamiątkową.

Józef Fritz (Lwów).

Higier Henryk: *Historja medycyny u nas.* Warszawa, str. 6, 8-o.

Autor powołując się na ankietę H. Siegerista z Lipska o historji medycyny w nauczaniu akademickiem w 22 państwach, która stwierdza, iż tylko w Polsce każda wszechnica posiada katedrę historji i filozofji medycyny (Kyklos 1928), podaje szereg słusznych spostrzeżeń o potrzebach polskiej historji medycyny, konieczności wydania podręcznika tejże i wypowiada się za przekładem pewnych rozdziałów lub dzieł z literatury niemieckiej zajmującej się tą dziedziną.

Nie mogę z powodu braku miejsca w tem krótkiem omówieniu poruszać sprawy podręcznika i jego układu, uczynię to wkrótce w innem miejscu, pozwolę sobie jednak odnośnie do odgłosu, jaki wymienione stwierdzenie Siegerista u nas wywołać by mogło, zauważyć co następuje: Z naciskiem podkreślić należy, że uznanie

to wypowiedziane przez Siegerista odnosi się do organizacji studjów historji medycyny w Polsce, nie zaś do obecnego stanu prac nad historją i filozofją medycyny u nas, jak to zresztą w rozmowie ze mną oświadczył sam Siegerist. Dalecy jeszcze niestety jesteśmy w tym względzie od wyników zagranicy. Dlatego naiwnem wydać się musi każdemu poważnie na zadania historyka medycyny w Polsce spoglądającemu zapatrywanie wyrażone u nas przed dwoma laty w czasopiśmie zajmującem się historją medycyny, że: „ocenienie za granicą polskiego dorobku naukowego oraz wysunięcie Polski zapewne poraz pierwszy w lekarskiej literaturze niemieckiej jako wzoru nastąpić mogło niewątpliwie dzięki stale rozwijającemu się u nas ruchowi naukowemu w dziedzinie historji i filozofji medycyny"[1]). Stwierdzić musimy, iż sąd ten wypowiedziany przez laika może jedynie dobrej sprawie zaszkodzić wzniecając fałszywą dumę. Skromni bądźmy, historja medycyny u nas jest przecież ciągle jeszcze, jeśli chodzi o młodych na tem polu pracowników w okresie diletantyzmu z powodu braku koniecznego dla historyka medycyny wyszkolenia filozoficznego oraz znajomości metod z dziedziny nauk pomocniczych historji i filozofji, nie mówiąc już o językach u garnących się zresztą chętnie do pracy młodszych. Zauważyć się też daje u nas nawet pewne popieranie tego diletantyzmu, co już jest rzeczywiście dziwnem, tak, iż niektóre publikacje obecne nie osiągają poziomu naukowego czasów np. Gąsiorowskiego. Kto zna sumienną pracę u źródeł oraz szeroko zakrojone badania zagadnień odnoszących się do dziejów rozwoju nauk lekarskich poczynione za granicą, rzec będzie musiał z autorem referowanej broszury: „Dziś niema potrzeby uprawiać historji medycyny lub filozofji medycyny na drodze samouctwa..... ale jest nawet potrzebą, żeby tego ile możności unikać".

Józef Fritz (Lwów).

Dr. L. Hybner: *Pa lovo pajeli vyssi nervové cinnosti*[2]). (*Poglądy Pawłowa na wyższą czynność nerwową*). Thomajerova Sbirka prednasek a rozprav z oboru lékarského. Nakładem Towarzystwa lekarzy czeskich. Str. 40. 1928 r.

Autor podaje krótki przegląd badań rosyjskiego fizjologa i jego współpracowników (Zawadskyj, Krasnogorski, Kudrin, Babkin i szereg innych) o t. zw. odruchach warunkowych. Punktem wyjścia badacza był fakt, że u psa ślinotok występuje nie tylko pod wpływem bezpośredniego podrażnienia błony śluzowej jamy ustnej, lecz nastaje drogą odruchową również przy obwąchiwaniu, czy też na widok pokarmu. Czasami wystarcza widok naczynia lub kroki człowieka, by wystąpił ten odruch, który podobnie jak instynkt, jest odczynem ustroju na pewne czynniki. Odczyny ze strony ustroju wywołują nie tylko rzeczywiste czynniki zewnętrznego świata, lecz i czynniki „sygnalizujące" Zasadnicza czynność półkól mózgowych jest „sygnałowa". Praca wielkich półkul według Pawłowa polega na dwóch codziennych, prawidłowych odruchach: pokarmowych i obronnych (n. p. wlewanie kwasu do ust). Pawłow rozdzielił odruchy na warunkowe[3]) (wywoływane fizykalnemi i chemicznemi właściwościami podniety), i na niewarunkowe, wrodzone (wywoływane fizykalnemi właściwościami).

Jeżeli działamy na psa przez pewien okres czasu (30 sekund) n. p. uderzeniami metronomu a następnie zwierzę szybko karmimy — otrzymujemy wrodzony pokarmowy odruch. Jeśli zaś powtórzymy kombinację metronomu + karmienie kilkakrotnie, metronom sam wywoływać będzie ślinotok. Uderzenie metronomu „sygnalizuje" pokarm, i ten odruch równoznaczny ze „sygnałem" nazwał warunkowym.

Uznaje on odruchy pierwszo-, drugo-, trzeciorzędne (łańcuchowe). Na podstawie całego szeregu prac i licznych doświadczeń na zwierzętach zbadał szczegółowo prawa powstawania i zanikania odruchów warunkowych, i wykazał, że te odruchy, spowodowane są czynnością półkól mózgowych i rzucił snop światła na czynności mózgu i poszczególnych jego części. Ciekawe nadzwyczaj są spostrzeżenia Pawłowa o zmianach, zaniku i powrocie pewnych odruchów po chirurgicznem usunięciu pewnych części mózgu. Doświadczenia jego sprzeciwiają się stanowczo nauce o odrębnych ośrodkach kojarzennych (przeciw tej wystąpił już Munk). Wyniki, osiągnięte na zwierzętach, należy zdaniem Pawłowa przenieść z największą ostrożnością na człowieka, ponieważ wchodzi w grę „wyższa czynność nerwowa". Też i u człowieka dwie przyczyny wywołują czynnościowe choroby nerwowe: zetknięcie się procesu drażniącego i hamującego oraz nadzwyczaj silne podniety. W neurastenji przeważa proces drażniący, w histerii hamujący. (Neurastenicy są zdolni do wybitnej nawet pracy — histerycy nie). Stan hipnozy tłumaczy następująco: słowa wypowiedziane tonem jednostajnym (zastępujące dawne „passy" t. zn. powtarzające się ciągle drażnienie skóry) są podnietą, odruchowo wywołującą stan podobny do snu. Również i wznawianie jest typowym odruchem warunkowym człowieka. Pawłow kończy swe świetne dzieło słowami: „ten nowy, nadzwyczajny zajmujący dział fizjologji, odpowiada dwom tendencjom ludzkiego rozumu: dążeniu do wzmocnienia ciągle nowych a nowych prawd i sprzeciwowi przeciw mniemaniu o zgruntowaniu jakiejkolwiek dziedziny wiedzy. Ogrom nieodkrytego, niezbadanego przypuszczalnie na długo zostanie niezmierzenie większym od cząstki, przez umysł ludzki poznanej". Pawłow utorował nową drogę, która umożliwia w drobnej choć mierze wgląd w tajniki złożonych czynności ustroju a zwłaszcza czynności układu nerwowego. Dzieło Pawłowa posiada tak wielką wartość nie tylko dla nauk medycznych, ale również i dla innych działów wiedzy, że z zadowoleniem powitać należy ujmująco i jasno skreśloną pracę Hybnera, uprzystępniającą poznanie genjalnego Rosjanina szerokim Kołom czytelników.

Dr. Ungar (Lwów).

[1]) W. Janusz w Archiwum Hist. i Fil. Medycyny V, str. 300/1.

[2]) Pawłow: „Lekcii o rabotie bolszich połuszarij gołownogo mozga" (1927).

[3]) Uslownyj.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kosmos, rocznik LIII, zeszyt 1, r. 1928, Serja A. Rozprawy: F. Krzysik: Stosunki przyrostu w poszczególnych klasach Krafta w drzewostanie jodłowym. — J. Turowska: O posługiwaniu się nazwami miejscowości dla wyznaczania zasiągów geograficznych drzew w Polsce. — J. Goetz: Rozmieszczenie brekini (Sorbus torminalis Crantz). w Polsce Zachodniej. — M. Koczwara: Arthrospira leopoliensis Racib. i formy pokrewne. — M. Koczwara: Z badań pyłkowych nad torfowiskami Podola. — B. Fuliński: Uwagi nad rodzajem wirka Typhloplanella Sekera. — W. Kulmatycki: O anomalji w budowie kręgosłupa sieji szlachetnej. — A. W. Jakubski: Ocena statystyczna materjałów zawartych w „Bibljografji fauny polskiej do roku 1880". — A. Moszyński: Z biologji dżdżownic.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 5. z 3 lutego 1929. Wojskowa służba farmaceutyczna (1918—1928). — Promienie nadfiołkowe, jako nowy czynnik przy analizach. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe. — H. Szancer: Gay-Lussac i chemja organiczna.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 1, za styczeń 1929: O. Bujwid: Znaczenie praktyczne spostrzeżeń z ostatnich dziesiątków lat w dziedzinie bakterjologji (bakterjofag, antivirus, B. C. G.). A. Zierhoffer: Czy klimat ziemi ulega zmianom? — Inż. A. Kamkin: Azbest jako przedmiot handlu. — Słowniczek wyrazów obcych i terminów naukowych.

Wychowanie fizyczne, rok X, nr. 2, za luty 1929: Przełomowe rozporządzenia. — W. Prażmowska: O wychowaniu fizycznem w szkołach amerykańskich. — W. Sikorski: Zwisy i podpory.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 5, z 31 stycznia 1929: Z. Srebrny: Kilka rzadkich powikłań anginy. — M. Płońskier: O grzybicy śledziony (dok.). — B. Goldstein: Dietyka z punktu widzenia równowagi jonów (str. zbior. dok.). — St. Kopczyński: Uwagi do artykułu Dr. J. Babeckiego p. t: „Opieka lekarska w szkole". — J. Babecki: W odpowiedzi Panu Dr. Kopczyńskiemu w sprawie uwag do mego artykułu p. t.: „Opieka lekarska w szkole".

Położna, rok II, nr. 2, za luty 1929: Dr. D. Berger: O witaminach i ich znaczeniu dla odżywiania człowieka. — Dr. S. Liebeskind: O raku.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału lek. Uniw. St. Batorego, rok IV, zeszyt 6, za listopad i grudzień 1928: S. Trzebiński: ś. p. Dr. Władysław Szwengruben. Wspomnienie pośmiertne. — S. Bagiński: O komórkach barwikowych w szyszynce zwierząt ssących i ludzi. — J. Dillon: Czynność dynamiczna przepony. — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka. — M. Brensztajn: Apteka X. X. Dominikanów, później

„pod Łabędziem“ w Wilnie. — K. Opoczyński: Z bibljografii podręcznikowej.

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 1, z r. 1929: Brunon Nowakowski: Z zagadnień higjeny pracy umysłowej. — Z. Wołłowiczowa: Rozejm Boży. — Dziesięciolecie Kółka sanitarjuszy studentów Polaków w Leśnym. Głos siostry pielęgniarki. — Powódź w r. 1927 w Dolinie Mississipi. — Jak można zmniejszyć śmiertelność wywołaną rakiem. — Czerwony Krzyż za granicą. — Z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża.

Przemysł chemiczny, rok XIII, zeszyt 3, z 1 lutego 1929: Metoda miareczkowa oznaczania żelazocjanków sodowego i potasowego za pomocą roztworów siarczanu cynku. — T. Nowosielski: Ze studjów nad charakterystyką i klasyfikacją benzyny (dok.).

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 3, z 1 lutego 1929: A. Pisarczyk: O hodowaniu beztlenowców metodą biologiczną Fortnera. — J. Stankiewicz: O oznaczaniu ilościowem aldehydu mrówkowego w formalinie metodą redukcji soli rtęciowych. — Wł. Mikułowski: Głos Liecka o medycynie.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 3, z 1 lutego 1929: Z. Dziembowski: Drenowanie w chirurgii brzusznej. — Z. Osińska: Higjena książki w związku z krótkowzrocznością szkolną. — Cz. Górski: O działaniu przeczyszczającem mineralnych t. zw. „wód gorzkich“. — E. Piasecka-Zeylandowa: O postaci przesączalnej zarazka gruźliczego. — K. Kardaszewicz: Kilka wspomnień z przeszłości.

Wiadomości weterynaryjne, tom VIII, rok XI, nr. 102, za styczeń 1929: L. Berdarich: Przypadek porażenia nerwu trójdzielnego w przebiegu nosówki psiej. — E. Bemelmaus: O użyciu owsa gniecionego przy żywieniu koni. — M. Marczewski: Wpływ witamin i substancyj mineralnych na stan zdrowia zwierząt. — J. Sz.: Rzeźnie i targowiska m. Warszawy w 1927—1928 r.

Medycyna, rok III, nr. 4, z 26 stycznia 1929: Kl. Gerner: Aerofagja. — A. Kaczyński: O rozpoznawaniu za życia zakrzepów tętnic wieńcowych serca. — Z. Michalski: Materjały do badań nad znaczeniem fosfolipin w zakażeniu gruźliczem (c. d.).

Zdrowie, rocznik XLIII, nr. 10, z października 1928, zeszyt poświęcony Uczczeniu pamięci i niepospolitych zasług Józefa Pollaka: Przemówienie wygłoszone nad mogiłą Józefa Pollaka. — Akademja dla uczczenia pamięci i zasług Józefa Pollaka. — W. Dąbrowski: Działalność higjeniczno-społeczna Józefa Pollaka. W. Łypacewicz: Dr. Józef Pollak jako pacyfista. — Życiorys Józefa Pollaka. — Wspomnienia o Józefie Pollaku. — P. Gantkowski: O wytycznych kierunkach higjeniczno-społecznej działalności Józefa Pollaka w Polsce niewolnej. i wolnej. — J. Zawadzki: Dr. Józef Pollak (ze wspomnień). — A. Puławski: Z moich wspomnień osobistych o ś. p. Józefie Pollaku. — Br. Koskowski: Humanum nihil a me alienum puto. — St. Kramsztyk: Józef Pollak jako pacyfista.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of Nervous and Mental Disease. (An American Journal of Neuropsychiatry).

Nr. 5, 1928, (Str. 110).

G. H. J. Pearson: *Odwrotne położenie w rysunku dziecięcym.* (Opis 2 przypadków). Przedmiot jest rzucony prawidłowo na siatkówkę, jako obraz odwrócony, który powtórnie ulega odwróceniu w korze wzrokowej (według Putmana górnej i dolnej połowie siatkówki odpowiada górny i dolny brzeg szczeliny ostrogowej (fissura calcarina). Reinwerzja obrazu — że przedmiot jest widziany na górze, miast na dole, — jest wynikiem nauki. Nauczanie prawdopodobnie odbywa się przez skojarzenie wrażeń dotykowych i kinestetycznych z wrażeniami wzrokowemi. Nastaje to przypuszczalnie bardzo wcześnie, gdyż nie obserwuje się je zwykle u dzieci. Dziecko uczy się w okresie, kiedy nie jest zdolne do wyrażania tych trudności, lecz ślady tychże pozostają przez cały okres przedszkolny i mogą być dostrzegane w rysunkach. Dzieci (5 i 6 lat) w obu przypadkach, opisanych przez autora. większość przedmiotów rysowały w porządku odwrotnym. Najprawdopodobniejsze wyjaśnienie zdaje się być takie, że dziecko nie nauczyło się reinwertować wrażeń wzrokowych, i że przedmiot jest widziany w rzeczywistości w porządku odwrotnym (miast na górze na dole). Proces poznawania, że przdmiot zajmuje położenie odwrotne do położenia obrazu, przyjmowanego ośrodkiem wzrokowym, nie jest wrodzony mechanizmowi nerwowemu, lecz przyswajany drogą kształcenia. Każde dziecko musi przejść stopień, kiedy proces nauczania może być spostrzegany, lecz dzieje się to zwyczajnie w okresie, kiedy dziecko jest niezdolne opisać w słowach lub w obrazach swoje wrażenia. Niektóre dzieci przechodzą proces nauczania o wiele powolniej, aniżeli inne. Odwrotne położenia w rysunkach (w obu przypadkach opisanych) zdaje się być wynikiem zwłoki w nauce reinwersji obrazu. (Dr. Spiller opisał przypadek 8-letniego chłopca, u którego przeszkoda w reinwersji obrazu nastąpiła po przebytej chorobie mózgowej. Dr. Seitz znalazł podobny objaw u 20-letniego młodzieńca, jako następstwo urazu w głowę.

H. Lundholm: *Konstytucjonalne psychologiczne czynniki w psychozach czynnościowych.* Czynnikiem sprzyjającym rozwinięciu się choroby manjakalno-depresyjnej jest silna skłonność egocentryczna powikłana charakterem cykloidalnym. Nastąpić może powikłanie i z kierunkiem altrocentrycznym, lecz zdarza się to bardzo rzadko. W schizofrenji (dementia praecox) kojarzy się kierunek egocentryczny z charakterem schizoidalnym. Jeżeli jednostka, posiadająca powyższe właściwości, wykazuje w dodatku charakter cykloidalny może ta psychoza posiadać znamiona powikłania choroby manjakalno-depresyjnej z schizofrenją; obraz kliniczny rzadko spotykany. U histeryków spotykamy charakter schizoidalny, balansujący między kierunkiem ego-, a alterocentrycznym. W neurastenji, charakter cykloidalny łączy się z egocentryzmem. Wykazuje więc neurastenja znaczne podobieństwo do stanu manjakalno-depresyjnego, podobieństwo niejednokrotnie spotykane w badaniach klinicznych. Lekarz-praktyk niejednokrotnie napotyka na trudności przy różniczkowem rozpoznaniu neurastenji od łagodniejszych postaci manjakalno-depresyjnych. Wspomniane czynniki — ego-, i alterocentryzm, charakter schizoidalny i cykloidalny, są zdaniem autora, najbardziej silnemi, wrodzonemi determinantami zdrowego albo niezdrowego rozwoju duchowego. Autor uznaje jeszcze i inne czynniki, również konstytucjonalne, wywierające wpływ na ustrój duchowy danego osobnika. Wspomina o wpływie wrodzonej inteligencji i wrodzonej energji. Przegląd czynnościowych chorób psychicznych, przedstawiony przez autora, jest częściowo reewaluacją częściowo powrotem do poglądów przed Freudem wyrażanych.

J. Shapiro: *Leczenie parkinsonizmu metodą Justera.* Dotychczasowe leczenie parkinsonizmu nie dawało wyników zadawalających. W lecznictwie tego schorzenia zaznaczyć można cały szereg okresów. Z ziół używano: Hyoscyaminum hydrobromidum (Erb, 1902), atropinę, skapolaminę, adrenalinę, nikotynę, pikrotoksynę, pilokarpinę, bulbokapninę, (doustnie, podskórnie lub wśródżylnie), lecz bezskutecznie. Z seroterapji stosowano surowicę Rosena, (wśródmięśniowo, wśródżylnie lub wśródrdzeniowo), autoserum Marinesca (wśrómięśniowo), również bezskutecznie. Próbowano zabieg chirurgiczny w postaci sympatektomji (Royle), również bez zadawalniającego wyniku. W r. 1924 Juster opisał znaczne polepszenie się objawów parkinsonizmu po podawaniu bieluni dzędzierzawej (Datura Stramonium). Pierwszego chorego demonstrował w Towarzystwie neurologicznem w Paryżu (w roku 1925). Autor zachęcony wynikami Justera stosował bieluń w opisanych 23 przypadkach (z których 16 wykazywało parkinsonizm, 7 wykazywało klasyczną „paralysis agitans“). Na podstawie doświadczeń dochodzi do następujących wniosków: a) bieluń dzięgdzierzawa jest najlepszym uśmierzającym lekiem w chorobie Parkinsona. Podaje się Stramonium w dziennych dawkach 1—2 g, rozdzielanych na małe dawki, zażywanych po 1—2 godzinach. b) Po zażyciu bieluni chorzy odczuwali znaczną ulgę i czasowe uwolnienie z ciężkiego, nieznośnego stanu. Przypadki, które nie ulegały polepszeniu albo bardzo nieznacznemu, składały się z osobników podeszłego wieku z wybitną miażdżycą naczyń i silnym tremorem. Zdaniem autora lek ten uwalnia chorego od zupełnego względnie częściowego kalectwa, czyniąc mu życie znośniejszem.

L. Bibb: *Padaczka i związek zachodzący między czynnością komórki a organiczną czynnością mózgu, wynikający z rozbioru prawidłowych i nieprawidłowych osobników.*

A. Gordon: *Halucynacja kliniczną jednostką.* Obok dokładnie opisanych halucynacyj, będących ekspresją szału, obok omamu z błędnemi urojeniami, spostrzeganego w przebiegu psychoz, obok omamów, powikłanych organicznemi chorobami mózgu (n. p. nowotwory), omamów, towarzyszących chorobom zakaźnym albo toksycznym stanom pochodzenia zewnętrznego względnie wewnętrznego — autor przedstawia halucynację, stojącą samotnie, która posiada te same autonomiczne właściwości, cechujące inne

psychjatryczne objawy, a mianowicie: szał, duchową depresję itd. Przypadek, opisany przez autora, jest oddzielną psychozą, przebiegającą pod postacią halucynacji, wolnej od jakiegokolwiek powikłania z innemi fenomenami psychicznemi.

Sprawozdanie z posiedzeń towarzystwa neurologicznego w New Jouran. — Przegląd literatury bieżącej. — Oceny książek. Nekrologia. — Notatki. *Dr. Ungar* (Lwów).

American Journal of Obsterics and Gynecology.

Vol. XVI. Nr. 1.

C. F. Fluhmann, (San Francisco, Calif): *Przemiany nabłonka szyi macicy i stosunek ich do złośliwości.* Idzie tu o proces przemiany nabłonka cylindrycznego szyi na wielowarstwowy płaski. Istnieje kilka teoryj tłumaczących przyczyny i sposób tej przemiany. Autor spostrzegał ją w 59 przypadkach chronicznego zapalenia szyi na 1195 przypadków badanych i w 29 przypadkach polipów śluzowych (na 100 przypadków badanych). Niekiedy proces ten prowadzi do atypowych bujań przerostowych. Uważne badanie seryjne skrawków pozwala na rozróżnienie tej przemiany od wczesnych okresów raka, jakkolwiek niektóre cechy wskazują na to, że może to być proces poprzedzający bujanie nowotworowe.

L. G. Barton, W. E. Caldwell, W. E. Studdiford (New York, N. Y.): *Nowe klucze położnicze.* Kleszcze Bartona mają nadawać się w tych zwłaszcza przypadkach, gdy główka znajduje się wysoko. Nie są jednak — jak zresztą i wszystkie inne do pokonywania niestosunku porodowego.

J. O. Polak (Broklyn, N. Y.): *Obecny stan leczenia raka macicy.* Leczenie energją promieniotwórczą radu w całej Europie i Ameryce zastąpiło leczenie operacyjne we wszystkich przypadkach raka szyi macicy, z wyjątkiem okresów początkowych w części pochwowej. W tych przypadkach bowiem nawet pomimo dużego odsetka śmiertelności, leczenie operacyjne przedstawia większe korzyści. Zdaniem autora w przypadkach raka ciała macicy należy naświetlać 4—6 tyg. przed operacją radykalną a następnie również i po operacji.

R. P. Frank (New York City): *Leczenie hormonalne.*

J. Casagrande (Brooklyn N. Y.): *Przypadek powtórnego skrętu trąbki z hematosalpinx.* Przypadek dotyczył 36-letniej wieloródki, która w 6 tygodni po pierwszym ataku zachorowała powtórnie wśród podobnych objawów. Gdy stan jej nie poprawiał się i bóle nie ustępowały wykonano laparatomję i stwierdzono dwukrotny skręt prawej trąbki która wykazywała hematosalpinx. Mechanizm powstawania tego skrętu tłumaczy autor przekrwieniem przedmiesiączkowem w myśl teorji Payr'a, który w doświadczeniach swych przekonał się, że przepełnienie żył krwią może wywołać skręt, zwłaszcza w przypadkach długiego *mesosalpinx.* W opisanym przypadku znaleziono również mesosalpinx dłuższe niż prawidłowe.

M. Dreyfuss (New York, City): *Przypadek Sympus dipus.*

J. L. Huntington, F. C. Irving, F. S. Kellog (Boston, Mass): *Odprowadzenie wynicowanej macicy połogowej zapomocą laparatomji.* Autor opisuje 5 przypadków wynicowania macicy, w tym 4 zupełne, a 1 częściowe. W 3 przypadkach usiłowano odprowadzić wynicowaną macicę ręcznie, to jednak nie udało się i wystąpił dość silny krwotok.

Zdaniem autora najlepszym sposobem odprowadzania jest zabieg od strony jamy brzusznej. Metodę objaśniają rysunki.

R. Kurzrok, E. G. Miller (New York, City): *Biochemiczne badania ludzkiego nasienia i stosunku jego do błony śluzowej pochwy.* Badania autorów wykazały, że nasienie ludzkie zawiera ciała, które rozpuszczają śluz pochwy. Są to prawdopodobnie ciała o własnościach zaczynów. Nasienie posiada własności redukujące thioninę, nie zawiera zaś oxydazy, ani też glutathionin. W procesie zapłodnienia mają znaczenie własności redukcyjne.

H. Beckman (Milwaukee, Wis): *W sprawie działania siarczanu magnezowego i morfiny.* Autor wykazał na królikach i psach, że powszechnie uznawany synergizm siarczanu magnezowego i morfiny nie istnieje.

M. J. Gelpi (New Orleans, La): *Przypadek pęknięcia macicy u kobiety dwa razy operowanej z powodu cięcia cesarskiego.*

A. F. Hebert (New Orleans, La): *Trzy przypadki wrodzonej przepukliny pępowinowej.* *Dr. Wiślański* (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

Annales d'Anatomie pathologique et medico-chirurgicale.

T. V. Nr .8. 1928 r.

Bertillon i Perrot: *Uzyskanie próbnego materjału do badań histopatologicznych zapomocą łyżeczki diatermicznej.* Autorowie podają opis nowego sposobu pobierania materjału, przeznaczonego do badań histopatologicznych, którym to sposobem posługują się obecnie w pracowni prof. Roussy w Paryżu. Do tego celu używa się łyżeczki diatermicznej, która wygląda jak drucik zgięty w postaci pętli, dzięki czemu możemy nadać jej z łatwością dowolny kształt. Drucianą tą pętlę wprowadza się w tkanki, oddzielając je prawie natychmiastowo przez elektro-congalcję. Zapomocą powyższego przyrządu wnika się w tkanki prostopadle i wycina się je w dowolnej głębokości, następnie wydobywa się ową pętlę z powrotem w takim samym kierunku. Dzięki temu uzyskujemy wycinki o zbliżonych kształtach do prostokątów. Przyrząd ten o dowolnej długości drutu nadaje się w szczególności do stosowania w przypadkach pobierania próbnych wycinków z najrozmaitszych trudno dostępnych otworów ciała ludzkiego, w które nie jesteśmy w stanie wprowadzić nóż i pincety. W przypadkach nacieczenia zwłaszcza wąskich otworów zwykły biotom wogóle nie jest w stanie wydobyć niezbędnych wycinków próbnych. Natomiat łyżeczka druciana nie zna tego rodzaju utrudnień i wnika prostopadle w najrozmaitsze tkanki bez oporu. Wreszcie cenną zaletą owego sposobu ze względu na psychikę cierpiącego jest przystępowanie do zabiegu omawianego bez większych i przykrych dla chorego przygotowań. Nadto samego zabiegu dokonywa się z niezwykłą szybkością a o występujące krwawienia nie należy zbytnio się troszczyć, albowiem rychło same się zastanawiają. Niezwykła chyżość z jaką dokonywa się zabiegu sprawia, że ledwie daje się odczuwać nieznaczny ból. Dzięki powyższemu sposobowi tkanki są do maksimum zabezpieczone od ewentualnego urazu. Wreszcie zmiany wsteczne, jakie elektro-koagulacja mogłaby spowodować są nader ograniczone, albowiem ledwo zaznaczają się one w powierzchownych warstwach komórek o grubości co najwyżej jednego mikromu, porównawcze zaś badania, przeprowadzone na materjale, uzyskanym sposobem chirurgicznym nie wykazują żadnych różnic w zachowaniu się komórek oraz tkanek. Posługiwanie się w tym celu diatermją zabezpiecza ustrój chorego od ewentualnego rozsiania się pierwotnego ogniska nowotworowego, co też jest powodem, że pewien odłam lekarzy sprzeciwia się wogóle stosować biopsję wedle dotychczasowego sposobu.

W. Janusz.

Piśmiennictwo hiszpańskie.

Juan Sepulveda: *O funkcjonalnych zaburzeniach jajników. (Algunas considerationes sobre trastornos ovaricos).* Rozprawa inauguracyjna, Santjago de Chile, 1927.

Liczba kobiet, cierpiących wskutek dysfunkcji jajników szacuje się na 80—90%. Cierpienia te mogą być natury miejscowej, (bolesne miesiączkowanie, brak perjodu, krwotoki menstruacyjne) lub też ogólne (zaburzenia w układzie nerwowym, w przemianie materji, otyłość, błednica, choroby skórne i t. d.).

Badania Seitza, Wintza i Fingerhuta dowiodły, że w żółtem ciałku tworzą się dwie antagonistycznie działające substancje: lipamina i luteolipoid, mające wpływ pobudzający, względnie hamujący na miesiączkowanie. Przyrządzanie w stanie czystym tych substancyj daje lekarzowi możność skutecznego oddziaływania na rozmaite zaburzenia w jajnikach.

Sistomensinę, jako czynny pierwiastek hamujący krwawienia (luteolipoid) zadawano w przypadkach nadmiernych krwawień miesiączkowych, w których klimakton, aczkolwiek powodował ustąpienie objawów ogólnych, a jednak nie powstrzymywał krwawienia. W przypadkach skąpej miesiączki lub jej braku, agomensina (luteamina) dawała cenne usługi. Agomensina i sistomensina jednak nie wykazywały wpływu na objawy ogólne; w tym celu należało więc stosować postępowanie kombinowane, podając jeden z wspomnianych przetworów z całkowitym wyciągiem z jajników. Dobre wyniki obserwowano też po mlekanie wapniowym z odpowiednim hormonem podług metody, zalecanej przez Crainicianu.

W rozprawie swej S. podaje wyczerpująco opisy chorób, m. inn. Agomensina w braku miesiączki. Chora N. N. przewlekłe zapalenie pęcherzyków żółciowych, brak miesiączki wskutek zupełnej niedomogi jajnikowej. Po cholecystektomji chora otrzymuje 3 razy dziennie po 1 tabletce klimaktonu w ciągu 10 dni. Nastrój śledzienniczy ustąpił, a jednak krwawienia się nie pojawiały. Po zadaniu 3 razy dziennie po 1 tabletce agomensiny po 5 dniach zauważono słabe miesiączkowanie w ciągu doby.

W innym podobnym przypadku chorej podawano ormosyl. krwawienia się nie pojawiały, a już po 3-dniowem leczeniu agomensiną zauważono słabą menstruację.

Sistomensina w miesiączce krwotokowej. E. P. często miewa nadmierne krwawienia, zmniejszające się pod wpływem 5—6-dnio-

wego leczenia. Oprócz tego chora użala się na zawroty i bóle oraz na bicie serca. Przez 4 dni podawano po 3 tabletki sistomensiny dziennie, poczem krwawienie ustało wraz z zniknięciem innych objawów. Dla ostrożności podawano jeszcze przez dalsze 3 dni sistomensinę, a także na kilka dni przed oczekiwanym następnym perjodem, który miał przebieg normalny.

Sistomensina w krwotoku macicznym. F. N. 16 lat. Od 2 dni silna utrata krwi. Krwotok powiększa się zaraz po pierwszych dawkach klimaktonu. Zaczęto podawać po 3 tabletki dziennie sistomensiny; już po zadaniu pierwszych tabletek krwawienie ustało, a po dalszem 2-miesięcznem leczeniu miesiączki powróciły do normy.

Agomensina w zaburzeniach gruczołu tarczowego i jajników. L. S. 27 lat. Choroba Basedowa: typowe bicie serca, uczucie lęku, wytrzeszcz i t. d. Podczas miesiączki objawy wystąpiły w silniejszym stopniu. Leczenie ormosylem nie zdołało poprawić stanu chorej. Podawanie 3 tabletek dziennie agomensiny regulowało miesiączkę i znacznie łagodziło objawy Basedowa.

S. m. inn. wspomina jeszcze o 2 chorych leczonych wskutek braku miesiączki agomensiną. U jednej z nich powróciła menstruacja, a w drugim sprawa tyczyła się ciąży. Autor przypuszcza, że agomensina powinna się nadawać dla różniczkowego rozpoznania ciąży.

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv für Gynäkologie.

Tom 130, zesz. 4, 1928 r.

Richter: *Powstawanie torbielaków gruczolakowych jajnika.* Autor odrzuca teorję powstawania torbielaków z potworniaków rozwijających się jednostronnie. Ponieważ elementy nabłonkowe, które stanowią charakterystyczną część składową torbielaków jajnika, nie znajdują się w jajniku normalnym, należy zdaniem jego myśleć o tem raczej, czy w jajniku nie mogą się znaleźć jeszcze niezupełnie wyróżniczkowane komórki, które posiadają zdolność pod wpływem zadziałania pewnych bodźców wyodrębnić się w komórki inne, obce dla danego siedliska, to znaczy wytworzyć w pewnych warunkach nabłonek przewodów Müllera a więc nabłonek migawkowy i kubkowaty. Autor przypomina, że powierzchowny nabłonek jajnika, nabłonek przewodów Müllera jakoteż wreszcie i nabłonek pranercza genetycznie są pokrewne, gdyż wszystkie pochodzą z nabłonka pierwotnej jamy ciała.

Neumann: *Przyczynek do znajomości rzadkich nowotworów jajnika.* Autor podaje szczegółowy opis drobnowidowy kilku nowotworów jajnika jak np. *Oophoroma folliculare, neoplasma indifferens itp.* W tekście liczne ryciny. Szczegóły nie nadają się do streszczenia.

Neumann: *Potworniak jajowodu.* Opis przypadku kazuistycznego z licznemi rycinami drobnowidowemi.

Klein: *O sercu osób ciężarnych ze skrzywieniem kręgosłupa tylnobocznem. (Kyphoscoliosis).* Serce osób ciężarnych z powyższem skrzywieniem kręgosłupa budzi już w ciąży poważne niebezpieczeństwo a to z powodu zwiększenia ilości krwi wypychanej do tętnicy głównej przez jeden skurcz serca i z powodu zwiększonego dopływu krwi z żył wskutek kwaśności, która w ciąży wcześnie występuje. Zauważyć przytem należy, że serce takie zwykle jest aplastyczne. Znane są ciężkie wymagania, jakie dla takiego serca stwarza poród a zwłaszcza drugi okres porodowy jakoteż okres poporodowy. Że wpływ połogu jest bardzo poważny, dowodzą 2 przypadki autora, które mimo gładkiego rozwiązania za pomocą cięcia cesarskiego zakończyły się śmiercią 1-go względnie 5-go dnia połogu. Przyczyną śmierci w obu przypadkach był wyłącznie stan serca i w obu przypadkach istniały już od dłuższego czasu objawy dekompensacji.

Cały materjał autora obejmuje 16 przypadków znacznego skrzywienia kręgosłupa. Z materjału tego zmarły 2 osoby (12,5%). Tylko 4 osoby urodziły same na czasie. Statystyka powyższa jakoteż i innych autorów dowodzi, że przeważna część przypadków śmierci przydarza się w połogu. U wszystkich osób zmarłych już przed porodem we wczesnych okresach ciąży istniały objawy dekompenzacji. Obraz sekcyjny niemal zawsze był typowy, a mianowicie: przerost prawej komory, przerost i rozszerzenie lewej komory, zastawki zwykle bez zmian, mięsień sercowy najczęściej zwyrodniały, w płucach częściowo zastój, częściowo niedodma, nieżyt oskrzeli i stan zapalny, zastój i zwyrodnienie organów miąższowych.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika zdaniem autora, że we wszystkich przypadkach, w których już przed ciążą istniały objawy dekompenzacji, należy w razie ewentualnej ciąży takową natychmiast przerwać, nie próbując nawet leczenia owych przypadłości sercowych. Jeśli osoby takie zgłoszą się tuż przed porodem lub w czasie samego porodu, uważa autor zgodnie z Martinem operację Porro za jedyny zabieg, który stwarza najlepsze warunki i przynosi ulgę największa sercu przez usunięcie procesów połogowych.

Mestitz: *Pochodzenie i droga rozszerzania się nabłonka macicznego heteroplastycznego.* Zdaniem autora w sprawie *„hystero adenosis metastatica"* jedynie teorja Halbana jest słuszna i prawdziwa. Sądzi, że wszystkie inne teorje mają pewne niedomagania. I tak przeciw teorji Sampsona przemawia nieprawdopodobieństwo, aby oderwany nabłonek macicy był zdolny do życia i niemożność wytłumaczenia tą teorja przypadków, w których cierpienie to umiejscowione jest pozaotrzewnowo. Teorja t. zw. surowiczo-nabłonkowa nie wytrzymuje krytyki, gdyż dotąd nie dowiedziono, aby nabłonek otrzewny posiadał zdolność wytwarzania nabłonka macicznego. Z teorją tą nie da się również pogodzić objaw ten, że nabłonek maciczny występuje zawsze tylko w miejscach ograniczonych. Niesłuszne jest również zapatrywanie Lauche'a, jakoby w powstawaniu tego cierpienia grał główną rolę hormon jajnika, gdyż wobec bliskiego pokrewieństwa między hormonem jajnika i jąder musiałyby podobne twory przydarzać się również i u mężczyzn. Ponadto teorja surowiczo-nabłonkowa wymaga równoczesnie zgodności całego szeregu hipotez pomocniczych, które autor szczegółowo omawia i przeciw którym podnosi poważne zarzuty.

W przeciwieństwie do powyższych teoryj buduje Halban swą na zapatrywaniu, że elementy gruczołowe błony śluzowej macicy opuszczają swe środowisko fizjologiczne i wnikają w ścianę macicy, skąd prądem limfy przedostają się do naczyń limfatycznych w sąsiedztwie macicy. To nam tłumaczy, dlaczego cierpienie omawiane z konieczności najczęściej umiejscowione jest w obrębie miednicy małej. Brak tego cierpienia u mężczyzn, uzależnia go nie od hormonu jajnika, występowanie tylko na pewnych miejscach a nawet poza otrzewną — wszystkie te charakterystyczne dla tego cierpienia objawy stają się zrozumiałe, jeśli przyjmiemy, że ma się tu do czynienia nie z tkanką podobną do tkanki gruczołowej macicy lecz z rzeczywistą, zabłąkaną tkanką gruczołów macicznych.

Dierks: *Ciężkie oparzenie pochwy persilem przy usiłowaniu spędzenia płodu.* Ciężarna w 6-ym miesiącu w celu przerwania ciąży przez kilka tygodni przestrzykiwała sobie pochwę persilem i to bardzo silnym rozczynem. Powstał rozległy, ubytek przedniej ściany pochwy głęboko drążący w tkankę sąsiednią i ku pęcherzowi, w którym stwierdzono obrzęk groniasty. Owrzodzenie to zabliźniło się i ciąża się utrzymała.

NB. Persil jest to proszek używany do prania bielizny, sprzedawany w pakietach. Używa się go w ten sposób, że jeden pakiet proszku rozpuszcza się w 3 wiadrach wody (—30 litrów). W opisanym przypadku chora rozpuszczała $^1/_3$ pakietu w 700 cm wody, używała zatem rozczynu 15 razy silniejszego aniżeli podaje przepis, zalecający 10 gramów persilu na 1 litr wody. Skład persilu jest następujący: 72% mydła, 15,5% sody, 10% perboralu i 2,5% szkła wodnego.

Schmidt: *Pęknięcie zatoki okrężnej łożyska. (Sinus circularis placentae).* Opis 2 przypadków kazuistycznych. W uwagach ogólnych podnosi autor trudność rozpoznania, które właściwie jest niemożliwe i zauważa, że zwykle krwawienia z tego powodu są skąpsze aniżeli z powodu łożyska przodującego. Krwotok może być zewnętrzny lub wewnętrzny zależnie od umiejscowienia zatoki w stosunku do ujścia wewnętrznego. Przyczyną pęknięcia bywa schorzenie ścian zatoki lub też znaczne ścieńczenie jej ścian, wreszcie silne parcie krwi albo też i uraz. Ubytek krwi może być tak znaczny, że matka może się skrwawić.

Rotthaus: *Metritis dissecans. (Gangraena uteri puerpolis).* Przypadek dotyczył pierwiastki, u której po obrocie na nóżkę wykonano wymóżdżenie główki następującej. W czasie wbijania nożyc Naegelego zranienie macicy, które było przyczyną obfitego krwotoku po urodzeniu płodu i które uważa autor za przyczynę zakażenia macicy. W 3 tygodnie po porodzie odszedł martwiak macicy i wnet nastąpiło wyleczenie. Badanie kontrolne po roku stwierdziło brak regularności i niedrożność jamy macicy.

Z okazji tego przypadku podaje autor ogólne uwagi odnośnie do powyższego cierpienia. Zwraca uwagę, że klinicznie ważnym objawem jest złe zwijanie się macicy. Rokowanie zależy od powikłań (zapalenie otrzewnej po perforacji — zakażenie). Leczenie objawowe, jedynie w razie podejrzenia na grożące przebicie macicy wskazana jest laparotomja.

Rihl i Weinzierl: *Przyczynek w sprawie niemiarowości tętna płodu.* W rokowaniu co do stanu dziecka w czasie porodu ważną gra rolę obok liczby uderzeń wysokość i siła skurczu mięśnia sercowego. Groźnym objawem jest tętno słabe i głuche,

zwłaszcza gdy wystąpi jego niemiarowość, mimo, że liczba tętna nie ulegnie zmianie. Zwolnienie tętna pochodzi albo od przeładowania krwi bezwodnikiem kwasu węglowego, co w następstwie powoduje uduszenie płodu z powodu braku tlenu w tkankach, albo też jest ono następstwem ucisku mózgu. Nieraz oba czynniki występują równocześnie u kobiet trwożliwych, neuropatycznych, które w czasie porodu kurczą dźwigacz, wskutek czego w czasie parcia z jednej strony ramiona dźwigacza naciskają na czaszkę, a z drugiej strony występuje zamartwica wskutek niedostatecznego utleniania krwi. W tych przypadkach uśpienie chloroformowe działa korzystnie.

Spostrzeżenia autorów dowodzą, że już w pierwszym okresie porodowym mogą wystąpić bardzo poważne zaburzenia w akcji serca płodu. Opisują mianowicie 3 przypadki niemiarowości tętna płodu w czasie porodu, która to niemiarowość utrzymywała się po porodzie jeszcze przez dłuższy czas (elektrokardiogramy). W pierwszym przypadku (ścieśnienie miednicy, grożąca zamartwica w I-szym okresie porodowym, cięcie cesarskie, wydobyto płód żywy, wcale nie omdlały) wspomniana nieprawidłowość serca okazała się jako wolny rytm zatokowy. W obu następnych przypadkach wykazało dokładne badanie skurcze naddatkowe nadkomorowe.

Fels: *Hormony płciowe we krwi.* Badania autora miały na celu wykazanie, czy hormony płciowe można wykazać we krwi, a jeśli tak, to wśród jakich warunków. W odpowiedzi na to pytanie badał autor oddzielnie hormon jajnika i przedniego płatu przysadki.

Ogółem wykonał tych badań 100. Wynika z nich, że u osób nieciężarnych jedynie właściwa krew miesiączkowa odznacza się szczególną obfitością hormonów. U osób ciężarnych znajduje się silne wzmożenie inkretu regularnie od 6-go miesiąca ciąży, w pojedynczych przypadkach nawet wcześniej. Po porodzie ten nadmiar inkretu szybko znika. Doświadczenia powyższe tyczyły hormonu jajnika.

Badania z przednim płatem przysadki obejmują 50 doświadczeń. Surowica zwierząt nieciężarnych okazała się jako nieczynna na zwierzęta trzebione. Natomiast surowica 38 zwierząt ciężarnych przeszło w $^2/_3$ przypadkach wykazywała działanie dodatnie, objawiające się wystąpieniem podniecenia płciowego u młodej myszki. Macice tych zwierząt były znacznie powiększone, podobnie zupełnie jak u myszy goniących się normalnie.

O ile idzie o stosunki anatomiczne i czynnościowe, to badania powyższe są zupełnie zgodne z doświadczeniami Zondeka i Aschheima. Co się tyczy natomiast znaczenia zmian jajnikowych to w tłumaczeniu tychże różni się autor zasadniczo od wspomnianych autorów.

Sądzi bowiem, że nie są to właściwe ciałka żółte, które powstają po sztucznej ruji, lecz ciałka żółte wrzekome, ponieważ w centrum ogniska komórek luteinowych znajduje się regularnie zwyrodniała komórka jajowa. Tkanka luteinowa pochodzi zatem w przeważnej części z komórek granulozy zmienionych luteinowo. Komórki osłonki tylko w bardzo małym stopniu biorą w tem udział. Pod silnem powiększeniem można również przekonać się, że unaczynienie wrzekomych ciałek żółtych jest daleko skąpsze aniżeli ciałek żółtych właściwych. Preparaty z początkowych stadjów rozwoju tychże ciałek okazują nawet wyraźnie zupełny brak unaczynienia. Mechaniczne powstawania podniecenia płciowego należy zatem tłumaczyć nie według zapatrywań Zondeka i Aschheima w ten sposób, jakoby jajeczkowanie poprzedzało z konieczności wytwarzanie ciałka żółtego. Ma tu miejsce raczej bujanie osłonki wewnętrznej jakoteż luteinowa przemiana komórek granulozy z równoczesnem zanikiem jajka.

W ten sposób staje się rzeczą jasną, dlaczego hormon przedniego płatu przysadki u myszy wytrzebionej nie może wywołać podniecenia płciowego, i dlaczego po wytrzebieniu przy pomocy Roentgena, które przecież uniemożliwia jajeczkowanie, okresy podniecenia u myszy nadal istnieją. Dzieje się to dlatego, że inkret przysadki pobudza od rozwoju stosunkowo mało uszkodzoną osłonkę, która z swej strony wskutek wydzielania hormonu jajnika powoduje wystąpienie podniecenia płciowego.

Z doświadczeń z surowicami osób ciężarnych wynika niezbicie, że występujące w ciąży w wzmożonej ilości hormony są ciałami, których potrzebuje organizm matki i płodu.

Hellmuth: *Zawartość kwasów aminowych we krwi ciężarnych zdrowych i chorych.* Autor przeprowadził badania metodą Folina w sprawie zawartości kwasów aminowych w poszczególnych składnikach krwi a zwłaszcza w osoczu i w ciałkach krwi. Z badań tych wynika, że kwasy aminowe w ilości największej znajdują się wprawdzie w ciałkach czerwonych, lecz że oprócz tego wbrew zapatrywaniu Sellheima w dość pokaźnej ilości zawiera je również osocze a więc i surowica krwi.

Co się tyczy zachowania się kwasów aminowych we krwi u osób ciężarnych zdrowych i chorych wykazuje autor, że odnośne wyniki badań Frey'a nie są zgodne z wynikami, jakie uzyskali liczni inni autorowie. Już same teoretyczne rozważania natury czysto chemicznej każą powątpiewać w słuszność wyników badań Freya, co autor obszerniej uzasadnia. Na podstawie badań kontrolnych wykazuje autor słabą stronę metody kolorymetrycznej ninhydrinowej, którą się Frey posługiwał a mianowicie, że alkohol jako środek do odbiałczania nie nadaje się do oznaczania ilościowego kwasów aminowych we krwi, ponieważ:

1) alkoholowe przesącze surowic nie były wolne od białka,

2) całkowite oddzielenie białka i kwasów aminowych krwi przy pomocy alkoholu jest conajmniej wątpliwe, jeśli nie niemożliwe i wreszcie

3) kwasy aminowe surowicy przy odbiałczaniu alkoholem w znacznej ilości (przeciętnie około 30%) pozostają na sączku i nie przechodzą do przesączu.

Odnośnie do oznaczania kwasów aminowych metodą ninhydrinową zauważa autor, że na podstawie jego doświadczeń porównanie barw badanych przesączów z płynem porównawczym zwykle było niemożliwe z powodu różnicy w odcieniach barw. Przyczyną tego jest okoliczność, że:

1) wskutek odparowywania na łaźni wodnej aż do suchości rozmaite rodzaje cukrów redukujących i alkoholów alifatycznych wpływają w znacznym stopniu na oznaczanie aminokwasów metodą ninhydrinową i

2) utrzymanie stężenia jonów wodorowych na pewnym stałym poziomie w płynie badanym i porównawczym w metodzie tej ma znaczenie zasadnicze i minimalne zmiany tego stężenia mogą zupełnie powstrzymać reakcję.

Tej okoliczności nie uwzględnił Frey w swej metodzie, gdyż stężenie jonów wodorowych używanego przez niego 1% roztworu glykokolu wynosi 6,2, podczas gdy we krwi normalnej wynosi ono średnio 7,56 (!).

Uwzględniając tę okoliczność, nadawał Riffard w swych doświadczeniach tak przesączom alkoholowym jakoteż i roztworowi porównawczemu glykokolu stężenie jonów wodorowych 6,97, lecz nawet i ta modyfikacja według doświadczeń kontrolnych autora nie pozwala na kolorymetryczne oznaczenie z powodu różnych odcieni barw.

Wobec tego więc, że metoda ta posiada błędy wyżej wspomniane, sądzi autor, iż wyniki badań Freya należy oceniać nadzwyczaj krytycznie, dopóki ich nie potwierdzi inna metoda, wolna od wspomnianych błędów.

K. B. (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Warszawskie Towarzystwo Higjeniczne w gmachu swym przy ul. Karowej l. 31 urządza dla swych członków, oraz zaproszonych i wprowadzonych gości w I-m półroczu r. b. szereg odczytów z dziedziny najnowszych urządzeń sanitarnych w kraju, a szczególniej w stolicy, które będą wygłoszone przeważnie przez projektodawców i wykonawców tych urządzeń.

Odczyty ilustrowane będą przeźroczami. Po każdym odczycie odbędzie się dyskusja.

Dnia 5. II. 1929. Inż. Zygmunt Rudolf: „Różne sposoby usuwania nieczystości ze szczególnem uwzględnieniem ich utylizacji". Inż. J. Lentz: „Zużytkowanie nieczystości dla celów rolniczych i ogrodniczych". — Dn. 7. II. 1929. Inż. Adam Kolitowski: „Czerpanie wody z Wisły dla m. Warszawy i przedwstępne jej oczyszczanie". — Dn. 14. II. 1929. Inż. Henryk Przyłęcki: „Ścieki m. Warszawy i ich badanie na stacji doświadczalnej". — Dn. 21. II. 1929. Inż. Ignacy Piotrowski: „Woda warszawska i jej oczyszczanie". Dn. 28. II. 1929. Inż. Władysław Borawski: „Współczesne urządzenia w nowych rzeźniach w Polsce". — Dn. 14. III. 1929. Inż. Władysław Borawski: „Budownictwo szpitalne m. st. Warszawy 1918—1928". — Dn. 11. IV. 1929. Inż. Zygmunt Szklarzewski: „Inwestycje sanitarne w kąpieliskach i szkołach m. st. Warszawy". Dn. 18. IV. 1929. Dyr. Stanisław Szczerbiński: „O zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych". — Dn. 25. IV. 1929. Inż. Zygmunt Szklarzewski: „Inwestycje techniczno-sanitarne Sanatorjum dla chorych płucnych w Otwocku".

Z Sekcji Psychologicznej Tow. Wiedzy Wojskowej. Dnia 12 u. m. odbyło się w gabinecie szefa Dep. Sanitarnego gen. Rouppertа, posiedzenie sekcji psychologicznej T. W. W. Na przewodniczącego sekcji na rok bieżący wybrany został gen. bryg. Rouppert Stanisław, na zastępcę przewodniczącego płk. dypl. Gąsiorowski Janusz, na sekretarza ppłk. Korniłowicz Tadeusz, na zastępcę sekretarza mjr. Albiński Marjan.

Program działalności sekcji na rok bieżący został ustalony w sposób następujący: 1) Skupienie w sekcji wszystkich wojskowych i cywilnych członków T. W. W. interesujących się zagadnieniami psychologji wojskowej. 2) Stworzenie działu psychologicznego, przy bibljotece Szkoły Podchorążych Sanitarnych. 3) Ułatwienie wzajemnej pracy członków sekcji nad poszczególnemi zagadnieniami z zakresu psychologji wojskowej przez komunikowanie sobie informacyj bibljograficznych. 4) Zbieranie materjałów psychograficznych z przeżyć wojennych zapomocą ankiet.

Zebrania członków sekcji odbywać się będą w Warszawie raz na kwartał. Natomiast raz w roku, w czasie dorocznego zjazdu delegatów kół T. W. W. odbędzie się zjazd wszystkich członków sekcji z całego kraju.

Zarząd sekcji odwołuje się do członków T. W. W. zajmujących się zagadnieniami psychologicznemi o zgłaszanie pisemne zamierzonego uczestnictwa w pracach sekcji w charakterze jej członków pod adresem zarządu głównego T. W. W. (aleja Szucha 23).

Kurs instruktorski dla działaczy i pracowników uzdrowiskowych. Przeprowadzone przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) lustracje szeregu zdrojowisk i uzdrowisk wykazały, że stan sanitarny, gospodarczy, a także aprowizacyjno-mieszkaniowy ma swe przyczyny nietylko w braku funduszów, gdyż dochody niektórych Komisyj Zdrojowych dosięgają znacznych sum, i nie w złej woli i braku inicjatywy władz miejscowych, a głównie w niedostatecznej znajomości zadań, sposobu podejścia do nich, wzajemnej kolejności i umiejętności ich rozwiązania.

Celem usunięcia tych braków Państwowa Szkoła Higjeny w Warszawie z inicjatywy Związku Uzdrowisk Polskich, przy poparciu Departamentu Służby Zdrowia organizuje w czasie od 28 lutego do 9 marca r. b. włącznie 10-dniowy I szy kurs instrukcyjny dla działaczy i pracowników uzdrowiskowych oraz zainteresowanych uzdrowiskami czynników samorządowych i państwowych. Z kursu mogą korzystać przedewszystkiem członkowie i pracownicy komisji uzdrowiskowych, właściciele, dyrektorzy i pracownicy zakładów zdrojowych, zainteresowani uzdrowiskami pracownicy samorządowi i państwowi, a w miarę wolnych miejsc i inni kandydaci o odpowiednim stopniu wykształcenia ogólnego.

Wykłady będą uwzględniały praktyczne i istotne potrzeby życia uzdrowiskowego i będą uzupełnione szeregiem wycieczek.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny — Warszawa, ul. Chocimska 24.

Wezwanie do ogólnej statystyki cięć cesarskich, wykonanych na obszarze Rzeczypospolitej w roku 1928. Chcąc niejako uzupełnić swoje dotychczasowe publikacje w sprawie rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego z jednej strony, a zdrugiej przeciwstawić wyniki tego zabiegu położniczego, wykonanego w Polsce, wynikom, osiągniętym w Niemczech, które opracowuje obecnie Prof. G. Winter z Królewca, idąc za jego przykładem, postanowiłem przygotować wyczerpującą i bestronną statystykę cięcia cesarskiego, wykonanego na obszarze Rzeczypospolitej w roku ubiegłym. Słusznie zupełnie podniósł G. Winter, że statystyki, dotychczas ogłoszone, nie mogą być uważane za miarodajne, gdyż wyprowadzane z materjału poszczególnych zakładów, są bezwarunkowo li tylko zestawieniami z poszczególnych klinik, wzg. oddziałów szpitalnych i oświetlają przedewszystkiem działalność, wzgl. sprawność ostatnich. Miarodajną będzie jedynie taka statystyka, która obejmie wszystkie przypadki cięcia cesarskiego, wykonanego na pewnym obszarze w pewnym czasokresie, a przedewszystkiem takie, w których wykonawcami byli lekarze praktycy, specjaliści położnicy i chirurdzy.

Nie wątpię, że każdy operator uzna celowość takiej statystyki, choćby dla celów osobistych i dlatego nie odmówi mi swej współpracy w jej sporządzeniu, tembardziej, że praca poszczególnych współpracowników nie będzie zbyt uciążliwa. Wszak liczba cięć cesarskich, wykonanych w ciągu jednego roku w dużych nawet klinikach nie jest zbyt wielka.

Statystyka, którą zamierzam sporządzić, obejmie jeden tylko rok 1928, to też Szanownych Kolegów, którzy zechcą przyczynić się do jej zestawienia, uprzejmie proszę o nadesłanie mi danych co do swych cięć cesarskich, wykonanych w roku 1928, według poniższego kwestjonarjusz *).

1) Miejsce operacji: (Klinika uniw., Szkoła położnych, przytułek położniczy, odział położniczy (ginekologiczny) szpitala miejskiego, lub powiatowego, szpital powiatowy bez oddziału położniczego, lecznica prywatna, mieszkanie prywatne).

2) Operator? Kierownik szpitala, oddziału, adjunkt, asystent, samodzielny specjalista (położnik, chirurg), lekarz wolnopraktykujący (niespecjalista położnik ani chirurg).

3) Metoda? Przezotrzewnowo (w trzonie, dolnym odcinku), zaotrzewnowo.

4) Wskazanie: (np. zwężenie miednicy, położenie poprzeczne, rzucawka porodowa, wypadnięcie pępowiny) z krótkiem uzasadnieniem.

5) Czy przed porodem była podniesiona ciepłota, zależna od stanu narządów rodnych, lub niezależna?

6) Zejście dla matki: Żywa, czy zmarła.

7) Przyczyna śmierci: Należy ściśle rozgraniczać:

a) powikłania, które skłoniły do wykonania cięcia cesarskiego (np. rzucawka porodowa, łożysko przodujące, wady serca i t. p.).

b) bezpośrednie następstwo operacji: skrwawienie, zakażenie, narkoza, zator, niedrożność jelit, zapalenie płuc.

c) powikłania przypadkowe, (np. gruźlica płuc, cukrzyca, ostre choroby zakaźne).

8) Zeście dla dziecka: Żywe czy martwe. Wobec nieżywego dziecka podać czy zmarło przed operacją, czy też po jej dokonaniu.

Szanownych Kolegów Kierowników Klinik, oddziałów szpitalnych i zakładów, którzy osobiście nie będą opisywać swych przypadków uprzejmie proszę o powierzenie tej czynności bezwzględnie odpowiedzialnym lekarzom. Ażeby im ułatwić pracę uprzejmie proszę zaopatrzyć swe odpowiedzi na poszczególne pytania w numery mego kwestjonarjusza.

Ponieważ chciałbym, aby bezwzględnie wszystkie cięcia cesarskie znalazły się w zamierzonem zestawieniu statystycznem, podnoszę specjalnie, że każdy pojedyńczy przypadek operatora jest cennym materjałem.

Ażeby ułatwić poszczególnym operatorom podanie takich przypadków, które zakończyły się śmiercią, uprzejmie proszę o niepodawanie nazwisk i adresów operatorów. Zależy mi tylko na bezwzględnej prawdzie.

Dla ułatwienia mi pracy opracowywania otrzymanego materjału uprzejmie proszę o nadsyłanie mi odpowiedzi w ten sposób, aby dane każdego poszczególnego przypadku były spisane na oddzielnej ćwiartce papieru.

Wyniki opracowane podam do wiadomości w prasie lekarskiej, a jeżeli odpowiedzi napłyną w porę, ogłoszę je na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Wilnie w sekcji położniczo-ginekologicznej.

Uprzejmie proszę o nadsyłanie odpowiedzi możliwe szybko, najpóźniej do dnia 31 marca pod niżej podanym moim adresem.

Henryk Gromadzki, Warszawa, Al. Jerozolimskie 103.

Kraków.

Izba lekarska krakowska. Dnia 20 stycznia 1929 r. odbyła nowo wybrana Rada Izby Lekarskiej Zebranie, na którem przy obecności 33 członków Rady wybrano następujące Władze Izby Lekarskiej:

Członkowie Zarządu I. L.: 1) Dr. Haber Maurycy (Kraków). 2) Dr. Grzybowski Grzegorz (Kraków), 3) Dr. Nüssenfeld Józef (Kraków), 4) Dr. Stopczański Jan (Kraków, 5) Dr. Strzemieński Stefan (Kraków), 6) Dr. Zieliński Marcin (Kraków), 7) Dr. Zakrzewski Wacław (Kraków), 8) Dr. Suchodolski Kazimierz (Sosnowiec), 9) Dr. Wrześniowski (Częstochowa).

Zastępcy Członków Zarządu I. L.: 1) Dr. Ciećkiewicz Marjan (Kraków), 2) Dr. Landau R. (Kraków), 3) Dr. Maciąg A. (Kraków), 4) Dr. Merz Alfred (Kraków), 5) Dr. Owsiński Józef (Kraków), 6) Dr. Pawlas Tadeusz (Kraków), 7) Dr. Szymanowicz Józef (Kraków), 8) Dr. Budzyński Bolesław (Sosnowiec), 9) Dr. Szalit Edward (Tarnów).

Członkowie Naczelnej Izby Lekarskiej: 1) Dr. Jankowski Stanisław, (Kraków,) 2) Dr. Strzemieński Stefan (Kraków), 3) Dr. Szymanowicz Józef (Kraków), 4) Dr. Wrześniowski Władysław (Częstochowa), 5) Dr. Zakrzewski Wacław (Kraków).

---

*) Kwestjonarjusz zaczerpnięty został od Prof. G. Wintera, przedewszystkiem w celu ewentualnego ujednostajnienia obu mających powstać statystyk — niemieckiej i polskiej.

Zastępcy Członków Naczelnej I. L.: 1) Dr. Grzybowski Grzegorz (Kraków), 2) Dr. Nüssenfeld Józef (Kraków), 3) Dr. Stopczański Jan (Kraków), 4) Dr. Zieliński Marcin (Kraków), 5) Dr. Suchodolski Kazimierz (Sosnowiec).

Członkowie Komisji Rewizyjnej: 1) Dr. Woyciechowski Bruno (Kraków), 2) Dr. Piotrowski Tymoteusz (Kraków), 3) Dr. Wróblewski Wincenty (Kraków).

Członkowie Sądu I. L.: 1) Dr. Artwiński Eugenjusz (Kraków), 2) Dr. Bobrowski Emil (Kraków), 3) Dr. Ciećkiewicz Marjan (Kraków), 4) Dr. Grzybowski Grzegorz (Kraków), 5) Dr. Haber Maurycy (Kraków), 6) Dr. Kostrzewski Józef (Kraków), 7) Dr. Kropaczek Wilhelm (Kraków), 8) Dr. Lachs Jan (Kraków), 9) Dr. Landau Jan (Kraków), 10) Dr. Landau Rafał (Kraków), 11) Dr. Maciąg Adam (Kraków), 12) Dr. Medyński Władysław (Kraków), 13) Dr. Merz Alfred (Kraków), 14) Dr. Nüssenfeld Józef (Kraków), 15) Dr. Owsiński Józef (Kraków), 16) Dr. Pawlas Tadeusz (Kraków), 17) Dr. Rutkowski Maksymiljan (Kraków), 18) Dr. Strzemieński Stefan (Kraków), 19) Dr. Woyciechowski Bruno (Kraków), 20) Dr. Żydłowicz Władysław (Kraków), 21) Dr. Budzyński Kazimierz (Jaworzno), 22) Dr. Budzyński Bolesław (Sosnowiec), 23) Dr. Czaplicki Zdzisław (Zakopane), 24) Dr. Mikulski Wilhelm (Częstochowa).

Zastępcy Członków Sądu I. L.: 1) Dr. Habit Kazimierz (Kraków), 2) Dr. Herschdörfer Ozjasz (Kraków), 3) Dr. Karelus Kazimierz (Kraków), 4) Dr. Keller Tadeusz (Kraków), 5) Dr. Kostecki Jan (Kraków), 6) Dr. Kramarzyński Adam (Kraków), 7) Dr. Pisek Henryk (st.) (Kraków), 8) Dr. Rzegociński Bolesław (Kraków), 9) Dr. Sas Adolf (Kraków), 10) Dr. Schneider Ludwik (Kraków), 11) Dr. Sikorski Stanisław (Kraków), 12) Dr. Stopczański Jan (Kraków), 13) Dr. Szancenbach Jan (Kraków), 14) Dr. Szymanowicz Józef (Kraków), 15) Dr. Trzebicka Stefanja (Kraków), 16) Dr. Zieliński Marcin (Kraków), 17) Dr. Kotarski Zygmunt (Klimontów), 18) Dr. Drobniewicz Zygmunt (Biała), 19) Dr. Krawczyński Stanisław (Sandomierz), 20) Dr. Michnowski Leon (Pilica), 21) Dr. Szalit Edward (Tarnów), 22) Dr. Szczepaniak Antoni (Radom), 23) Dr. Walkowski Jan (Krzeszowice), 24) Dr. Zasucha Wincenty (Kielce).

Naczelnik Izby Lekarskiej: *Dr. Strzemieński Stefan.*

W sprawie kursu dla lekarzy w Krakowie. Oprócz wykładów objętych już poprzednio wydrukowanym rozkładem godzin, wygłoszą dla uczestników Kursu jeszcze następujące wykłady z zakresu medycyny społecznej specjalnie w tym celu uproszeni prelegenci: Dr. Wróblewski, Naczelny lekarz wojew.: Rola lekarza w zakresie medycyny społecznej 14. III. o godz. 3-ej. — Dr. Owsiński, Naczelny lekarz miejski: Tok urzędowania sanitarnego w mieście Krakowie 15. III. o godz. 3-ej. — Dr. Biernacki: Walka z gruźlicą 19. III. o godz. 4-ej. — Dr. Stryjeński p. o. Dyrektora Zakładu w Kobierzynie: Zadania opieki nad psychicznie chorymi. Wykład połączony ze zwiedzaniem Zakładu w Kobierzynie. Niedziela 17. III. wyjazd z Kliniki neurolog. o godz. 3-ej po poł. — Dr. Glaser: Niezdolność do pracy ze stanowiska lekarza kasowego 20. III. o godz. 3-ej. — Wykłady powyższe odbędą się w sali wykładów Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej U. J., ul. Kopernika 48.

Ze świata.

Naukowa wycieczka lekarzy na francuską Rivierę i do francuskiej Afryki północnej. Dzięki zaproszeniu towarzystwa lekarskiego na Rivierze (Societé Medical de climatologie et d'hygiene du Littoral Méditerranéen) wybiera się grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli się również lekarze zagraniczni) z końcem marca pod kierwonictwem prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) do Nicei. Prezes tow. lekarskiego na Rivierze osobiście zajmie się oprowadzaniem uczestników wycieczki po zakładach leczniczych i pokazywaniem im zabytków sztuki w Nicei, Cannes, Mentonie, Monte Carlo. Dalszy plan wycieczki: Marsylja, stąd nastąpi wyjazd do Algieru. Uczestnicy wycieczki zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, aż do Biskry.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aertzliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I, Biberstrasse 11, I. Stock, Tür 6.

I Kongres Międzynarodowy Lotnictwa Sanitarnego w Paryżu (15—20 maja 1929 r.). Powołując się na pismo Pana I Wiceministra i Szefa Administracji Armji L. dz. 24724/28 i Pana Szefa Departamentu Zdrowia L. 2241/28 co do uprawnień wzięcia udziału w I Międzynarodowym Kongresie Lotnictwa Sanitarnego w Paryżu, podaje się do wiadomości poniżej na mocy otrzymanego prospektu następujący szczegółowy program Kongresu:

Kongres odbędzie się w dniach od 15—20 maja 1929 roku.

Dnia 14 maja o godz. 9 rano nastąpi otwarcie Sekretarjatu Kongresu, Avenue de l'Opera 26; wydawane będą karty członkowskie i udzielane wszelkie informacje i t. p. O godz. 15 przewidziane jest przyjęcie delegatów oficjalnych w Ministerstwie Spraw Zagranicznych. O godz. 17 przyjęcie członków Kongresu w ratuszu, urządzone przez Radę Miejską Paryża i Prefekturę departamentu Seine. O godz. 21 uroczyste otwarcie Kongresu w Sorbonie.

W środę dnia 15 maja: o godz. 9 i 14 obrady w Instytucie Oceanograficznym (195, rue St. Jacque), wieczór wolny.

W czwartek dnia 16 maja: o godz. 9 i 14 obrady w Instytucie Oceanograficznym, o gdz. 21 galowe przedstawienie w teatrze.

W piątek dnia 17 maja: o godz. 9 obrady w Instytucie Oceanograficznym, o godz. 11 w szpitalu wojskowym na Val-de-Grâce uroczystość poświęcona pamięci ppłk. dr. Picque i ofiar służby lotniczej sanitarnej, o godz. 14 zwiedzenie wystawy samolotów sanitarnych na lotnisku w Villeneuve Orly, pokazy praktyczne ewakuacji lotniczej sanitarnej, wieczorem bankiet.

W sobotę dnia 18 maja: wycieczka do Reims o godz. 8 odlot samolotów sanitarnych z Paryża, o godz. 8,40 odjazd pociągami, o godz. 10,20 przyjazd do Reims, przyjęcie urządzone przez Aero-Klub Szampanji, bankiet w ratuszu, zwiedzanie miasta, obiad o godz. 10,30 powrót do Paryża. Koszt ogólny wycieczki 100 fr.

Wszczęte są pertraktacje z linjami lotniczemi, celem ułatwienia członkom Kongresu odbycia wycieczki do Reims samolotami pasażerskiemi. Warunki i koszta będą osobno później podane.

W niedzielę 19 maja: powrót samolotów sanitarnych na lotnisko w Orly.

Przez cały czas trwania Kongresu modele najlepszych samolotów sanitarnych francuskich i zagranicznych będą wystawione na lotnisku w Villeneuve, gdzie uczestnicy Kongresu będą mogli je oglądać; przy wejściu do Instytutu Oceanograficznego utworzona będzie wystawa materjału sanitarnego w tych dniach, w których w tymże Instytucie odbywać się będą posiedzenia.

Na porządek dzienny Kongresu podane są następujące tematy:

1) Lotnictwo sanitarne na terenie operacyj wojennych poza granicami państwa;
2) Lotnictwo sanitarne w Kolonjach;
3) Lotnictwo sanitarne w marynarce wojennej;
4) Lotnictwo sanitarne, jako środek ewakuacji podczas wojny;
5) Kwestja zabezpieczenia neutralności samolotom sanitarnym podczas wojny;
6) Warunki fizjologiczne transportu samolotami sanitarnemi;
7) Uwagi co do pielęgnowania chorych i ciężko rannych transportowanych samolotami sanitarnemi;
8) Lotnictwo sanitarne w czasie pokoju;
9) Lotniczy materjał sanitarny.

Na powyższe tematy opracowane będą referaty ze strony Francji i referować je będą przeważnie wyżsi oficerowie oraz fachowi lotnicy.

Język francuski jest oficjalnym językiem Kongresu.

Referenci wyznaczeni oficjalnie, jak również członkowie Kongresu, którzy pragną ułożyć komunikaty, dotyczące tematów podanych na porządek dzienny, proszeni są o przesłanie ich wraz z wnioskami do dnia 1 marca 1929 r. na ręce p. Robert Charlet, Commisaire General (35, rue François I, Paris 8).

Referaty nie powinny przekraczać 16 stron druku, a wnioski powinny być wyrażone najwyżej w 30 słowach.

Komunikaty nie powinny zabierać więcej czasu, jak 10 minut czytania.

Autorzy referatów i komunikatów, którzy pragnęliby zademonstrować fotografje lub filmy, powinni zgłosić je, przesyłając referaty. Wyświetlenie i demonstrowanie nie może zabrać więcej czasu niż 10 minut.

Uwagi co do referatów i komunikatów.

Aby ułatwić wydanie sprawozdania z Kongresu, autorzy referatów i komunikatów proszeni są o przestrzeganie się następujących wskazówek:

1) format manuskryptu powinien być 30×20, lub zbliżony do tych wymiarów,
2) pismo maszynowe,
3) nie należy łączyć w całość paru komunikatów,
4) strony winny być numerowane i łączone w całość,
5) pisać należy tylko na jednej stronie, zostawiając margines mniejwięcej szerokości $^1/_3$ strony.

6) U góry pierwszej strony należy nadpisać:
a) nazwisko autora i imię, lub pierwszą jego literę,
b) tytuł urzędowy lub zawód,
c) adres,
d) tytuł pracy,
7) Używać należy następujących znaków typograficznych:
a) słowa, mające być drukowane kursywą — podkreślić,
b) słowa, mające być drukowane dużemi literami — dwa razy podkreślić,
c) alinea oddzielać odstępem,
d) cytaty w cudzysłowach.

Uwagi ogólne:

1) Zapisy na członków Kongresu przyjmuje Sekretarjat Kongresu, 35 rue François I Paris lub Service Touristique 26, Avenue de l'Opera Paris I.

2) Karty członkowskie wręczane członkom Kongresu po opłaceniu opłaty członkowskiej uważane będą za karty prowizoryczne, upoważniają one do otrzymania zniżek na linjach lotniczych i okrętowych przyznanych członkom Kongresu.

3) Oficjalne karty członkowskie będą wymieniane wzamian za tymczasowe po otwarciu Sekretarjatu w dniu 14 maja 1929 r. Karty członkowskie prowizoryczne będą wydawane lub wysyłane po 15 kwietnia b. r.

4) Opłaty członkowskie od członków zwyczajnych wynoszą 60 fr., powyżsi członkowie mogą wpisać jednego lub paru członków rodziny, jako osób towarzyszących, od których opłata członkowska wynosi 30 fr.

5) Karta członka Kongresu tak zwyczajnego jak i towarzyszącego daje prawo do korzystania ze zniżek na kolejach, na linjach lotniczych i okrętowych, prawo udziału w posiedzeniach, zebraniach, uroczystościach, transportach na lotnisko w Orly, zwiedzedzenia wystawy, uroczystości w Vincennes, oraz zebrań organizowanych specjalnie dla pań, rewjach mód w wielkich magazynach i t. p.

5) Sprawozdania z Kongresu przesyłane będą członkom Kongresu, którzy wpłacą na ten cel 25 fr.

6) Warunki przejazdów: zjednoczone koleje francuskie przyznały członkom Kongresu zniżkę w wysokości 50%, jak również niektóre towarzystwa okrętowe i linje lotnicze.

Powyższe zniżki udzielane będą tylko od cen biletów pasażerskich, aby je otrzymać, członkowie Kongresu proszeni są o zwrócenie się listownie do sekretarjatu Kongresu przed dniem 15 kwietnia, podając stacje odjazdu.

Chcąc zapewnić sobie wygodny pokój w dobrym hotelu, należy podać szczegóły potrzebne, dotyczące klasy hotelu i rodzaju pokoju.

Na zasadzie powyższego programu uprasza się panów oficerów służby czynnej o zgłaszanie uczestnictwa w I Kongresie Międzynarodowych Lotnictwa Sanitarnego na podanych formularzach i przesłanie przewidywanej opłaty we frankach francuskich do dnia 1-go marca 1929 roku. Na koszta przesyłki składki członkowskiej należy dołączyć znaczki na 50 groszy od osoby. Od oficerów służby czynnej będą przyjmowane tylko te zgłoszenia, które zawierają zgodę Szefa Sanitarnego danego O. K. na wyjazd oficera. Oficerowie rezerwy i pospolitego ruszenia mogą przesyłać zgłoszenia wraz z opłatą w myśl podanych wskazówek, względnie zwrócić się bezpośrednio do Sekretarjatu Kongresu, pod podanym powyżej adresem.

Uwaga: Przekazy pocztowe i czeki powinne być wystawione na skarbnika Aeroklubu Francji. Rachunek Czekowy Pocztowy 1026-10 Paris. Korespondencję należy kierować pod adresem: P. Robert Charlet, Commisaire General, Aero-Klub de France, 35 rue Francois I Paris 8.

Kongres Balneologiczny w Berlinie. Ku uczczeniu 50-tej rocznicy istnienia niemieckiego Towarzystwa Balneologicznego odbył się w Berlinie Kongres jubileuszowy w czasie od 24 do 29 stycznia r. b. przy bardzo licznym współudziale lekarzy kąpielowych tudzież przedstawicieli świata naukowego niemieckiego i zagranicznego.

Na kongresie tym wygłoszono przeszło 50 wykładów z dziedziny naukowej balneologji, stosunku poszczególnych gałęzi medycyny do balneologji, leczenia chorób reumatycznych środkami balneologicznymi i t. p.

Dra Z. F. Fronczaka z Buffalo N. Y., zajmującego bardzo wybitne stanowisko wśród Polonji Amerykańskiej dotknął niezmiernie bolesny cios przez stratę jedynego syna, liczącego 23 lat życia. Wielce Szanownemu Koledze zasyłamy tą drogą wyrazy najgłębszego współczucia.

Targi Angielskie. Wydział Handlowy Poselstwa Angielskiego w Warszawie podaje do wiadomości, że, tegoroczne Targi Angielskie odbędą się między 18 lutego i 1 marca, i wzorem lat dawnych drobny przemysł wystawiony w Londynie (White City), a ciężki w Biramingham (West Bromwich). Poszczególne działy każdej wystawy podane są poniżej.

Londyn: Wyroby nożownicze, srebrne i platerowane, biżuterja, zegarki, norymberszczyzna, wyroby szklane różnego rodzaju, porcelana, fajans i wyroby kamienne, papier, materjały piśmienne i przybory biurowe, metalowe urządzenia biurowe, druki książki, galanterja i różne artykuły dla sklepów tabacznych, skóra, wyroby skórzane i przybory podróżnicze, wyroby rymarskie i uprząż, szczotki i miotły, gry i zabawki, artykuły sportowe (włączając wędki i strzelby), ubrania sportowe, instrumenty naukowe i optyczne, instrumenty i urządzenia medyczne i chirurgiczne, okulary i przybory optyczne, aparaty i przyrządy fotograficzne i kinematograficzne, aparaty radjowe, instrumenty muzyczne, meble z drzewa, trzciny i wikliny, łóżka i pościel, dywany, linoleum, wyroby koszykarskie, lekkie i ciężkie chemikalja, domowe produkty chemiczne, drogerja, perfumerja, barwniki, artykuły spożywcze i konserwy, wyroby cukiernicze (cukier i czekolada), tytoń, papierosy i cygara, tekstylia i ubrania, sztuczny jedwab, wózki dziecinne i dla inwalidów.

Birmingham: Instalacje do oświetlenia na elektryczność, gaz i t. d., piece i naczynia do gotowania, również z aluminjum, kamienia it. d., przyrządy do wielkich pieców, wyroby żelazne (do budowniczych, żeglugi i użytku domowego), maszyny różnego rodzaju i małe narzędzia, urządzenia młynarskie, wyroby gumowe dla celów przemysłowych i do użytku domowego, motocykle i rowery, akcesorja automobilowe, rowerowe i aeroplanowe, przyrządy i instrumety miernicze i do ważenia, przyrządy sanitarne, farby, lakiery i artykuły malarskie, urządzenia kolejowe, metale wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem metali szlachetnych), maszyny i przyrządy rolnicze i ogrodnicze, instalacje dla kopalń i dla kamieniołomów, instalacje dla browarów i rektyfikacji, meble metalowe do ogrodów, namiotów i t. d., konstrukcje budownicze, broń (z wyjątkiem sportowej), rury miedziane, ołowiane, mosiężne i ze stali przyrządy do rur i do pary, architektoniczne ornamentacyjne wyroby metalowe, liny ze stali i konopi oraz powrozy i sznury.

Ułatwienia dla zwiedzających wystawę będą w roku bieżącym znacznie rozszerzone. Największe z nich są: a) wydawanie, po zgłoszeniu do wymienionych poniżej urzędów, bezpłatnych kart wejścia, upoważniających do otrzymania gratisowych angielskich wiz paszportowych, b) zamawianie naprzód pokoi w Londynie i Birmingham przez Towarzystwo Podróżnicze T. Cook et Son, obecnie sfuzjonowanego z Międzynarodowem Towarzystwem Wagonów Sypialnych, które również udzielać będzie wskazówek co do podróży do Anglji, c) możność korzystania z bezpłatnych usług tłumaczy na terenie wystawowym, d) urządzenie specjalnych pomieszczeń dla kupujących dla prowadzenia korespondencji i rozmów i t. d.

Wszelkich bliższych informacyj, tak ustnych jak piśmiennych, udzielać będzie Departament Handlu zagranicznego w Londynie (Departament of Overseas Trade, 35 Old Queen Street, London, S. W. I.); Wydział Handlowy Poselstwa Angielskiego w Warszawie ul. Piękna I. 6, oraz Wice-Konsulaty angielskie w Katowicach, Lwowie, Łodzi, Poznaniu i Borysławiu.

Redakcja otrzymała:

Kaz. Dąbrowski i Artur Irlicht: „Skrzywienie tchawicy o objawach rzekomo jamistych". Odb. z „Medycyny", nr. 1, z r. 1929.

Emil Meisels: „La mélorhéostose". Odb. z „Bulletins et mémoirs de la Société de radiologie médicale de France", nr. 153, z r. 1928.

Jako dalsze tomiki bibljoteczki „Bücher der ärztlichen Praxis" wydawanej nakładem firmy Julius Springer, Wien, 1929:

7) *C. Ewald:* „Die Behandlung der Verrenkungen".

8) *C. Ewald:* „Die Behandlung der Knochenbrüche mit einfachen Mitteln".

9) *Alfr. Luger:* „Gelbsucht'. Zur Symptomatologie, Differentialdiagnose und Therapie mit Gelbsucht einhergehender Erkrankungen.

10) *Edm. Maliva:* „Störungen in der Frequenz und Rhytmik des Pulses".

11) *Jos. Novak:* „Die Menstruation und ihre Störungen".

12) *Walter Zweig:* „Darmkrankheiten".

13) *Aug. Reuss:* „Säuglingsernährung".

Bureau International du travail: „Bibliographie d' hygiène industrielle". Vol. III, nr. 4, Decembre 1928.

B. Gruenzweig: „Proteinokörpertherapie bei Störungen im vegetativen Nervensystem'. Odb. z „Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde". Band 107.